UNIVERSITÉ PARIS-SUD

FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS-SUD

No 40

Année 1975 N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

LEROY Marianne

Née le 20 Juillet 1946, à Petit-Couronne (Seine-Maritime).

Présentée et soutenue publiquement le

RÉFLEXIONS SUR LES PSYCHOSES PUERPÉRALES ET LEUR TRAITEMENT A DOMICILE A TRAVERS UN CAS CLINIQUE.

Président : Mr. BOURGUIGNON, Professeur.

DUPUYTREN - COPY

9, Rue Dupuytren

PARIS (6e)

1975

UNIVERSITÉ PARIS-SUD

FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS-SUD

Année 1975 N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

LEROY Marianne

Née le 20 Juillet 1946, à Petit-Couronne (Seine-Maritime).

Présentée et soutenue publiquement le

RÉFLEXIONS SUR LES PSYCHOSES PUERPÉRALES ET LEUR TRAITEMENT A DOMICILE A TRAVERS UN CAS CLINIQUE.

Président : Mr. BOURGUIGNON, Professeur.

DUPUYTREN - COPY
9, Rue Dupuytren
PARIS (6e)

1975

Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

https://archive.org/details/IA41548117_0027

A Monsieur le Professeur BOURGUIGNON

En le remerciant d'avoir accepté la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur BONNAFÉ

sans lequel notre approche de la médecine n'aurait pu être la même.

Qu'il reçoive ici le témoignage de notre amitié.

A MES MAÎTRES DE MÉDECINE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A JEAN-PIERRE

RÉFLEXIONS SUR LES PSYCHOSES PUERPÉRALES ET LEUR TRAITEMENT A DOMICILE

A TRAVERS UN CAS CLINIQUE

P L A N

A - INTRODUCTION

B - HISTOIRE DES IDEES SUR LES PSYCHOSES PUERPERALES

- Préambule : Avoir un enfant aujourd'hui.

- Les théories organicistes :

. L'infection

. Les théories endocriniennes

- Les théories psychanalytiques

I - Maternité et sexualité féminine

II - De la psychologie à la psychopathologie de la maternité

La maternité, lieu de réactivation des fantasmes oedipiens et prégénitaux.

La maternité, véritable phase de développement de l'évolution affective de la femme.

L'échec : les psychoses puerpérales.

C - HISTORIQUE DES SOINS A DOMICILE

D - CAS CLINIQUE

E - REFLEXIONS SUR LES PSYCHOSES PUERPERALES

F - REFLEXIONS SUR LES SOINS A DOMICILE

G - CONCLUSION

I N T R O D U C T I O N

L'incidence des données socio-familiales sur le pronostic et l'apparition des troubles mentaux liés à la puerpéralité nous apparaît essentielle.

La thèse de Serge VILLECHENOUX (1960), étudiant 70 séjours à l'hôpital psychiatrique liés à la puerpéralité, concluait "que les états discordants tendent d'autant plus vers un état chronique proprement schizophrénique que la maladie se déroule dans un climat plus troublé de traumatismes affectifs chroniques".

Qu'entendait-il par traumatismes affectifs chroniques ? Le traitement n'a-t-il pas parfois renforcé cette chronicité ?

Dans notre étude, nous appuyant sur un cas pratique et sur sa thérapeutique comprenant la psychothérapie de la mère, de son enfant, de la famille, à leur domicile, nous retracerons tout d'abord les grandes lignes historiques de la maternité, de l'accouchement et de leurs "avatars". En effet, toutes les difficultés médicales rencontrées autour de ces événements s'éternisaient à travers les générations. "Mettre un enfant au monde, c'est mettre un pied dans la tombe", disait-on. De ces traumatismes affectifs là, on en soigne encore les séquelles. C'est pourquoi une approche historique nous paraît nécessaire.

Notre expérience s'appuie sur une approche psychanalytique de la maternité, considérant celle-ci comme une étape de la vie sexuelle de la femme et un moment important où se réactivent les fantasmes oedipiens et prégénitaux propres au stade infantile du développement psychosexuel de la femme. La lecture des écrits de Freud, de Mélanie Klein, d'Hélène Deutsh et de travaux plus récents ont fait avancer nos investigations sur la maternité.

Nous considérerons, avec Racamier, les troubles mentaux liés à la puerpéralité comme un avortement du processus psycho-affectif de la

maternité.

Racamier a pratiqué l'hospitalisation de la mère et de son enfant. Il situait en effet le champ naturel de la compréhension et du traitement des psychoses puerpérales dans les relations manifestes et inconscientes de la mère avec son enfant.

C'est dans cette optique que nous avons observé et traité Françoise M... à son domicile. La prise en charge ne s'est pas limitée à celle de la mère et de son enfant ; elle est devenue familiale progressivement.

Un certain nombre de circonstances ont permis à l'équipe médicale d'investir très fortement dans la prise en charge à domicile.

Ceci nous a amenée à faire quelques réflexions sur la compréhension des psychoses puerpérales et sur la pratique des soins psychiatriques à domicile et de leurs possibilités.

HISTOIRE DES IDÉES SUR LES PSYCHOSES PUERPÉRALES

Avoir un enfant aujourd'hui ne signifie pas la même chose qu'aux siècles passés ; les troubles mentaux liés à la grossesse n'évoquent plus les mêmes causes. Les thérapeutiques psychiatriques ont suivi, elles aussi, leur évolution.

Ces évolutions ne sont plus étrangères à la femme qui attend un enfant et sont souvent remises en cause par elle au cours de sa grossesse, d'une manière consciente ou inconsciente.

AVOIR UN ENFANT AUJOURD'HUI

La femme a constamment été comparée à la terre où l'homme jette sa semence ; elle était alors considérée comme un instrument qui reçoit et fait croître ce qui deviendra l'enfant.

Ainsi, pour prouver que le petit d'homme est bien en vie avant de naître, on le dessinait contenu dans le spermatozoïde : le pouvoir de la vie appartenait à l'homme.

Après qu'on ait découvert que le père et la mère étaient indispensables à la fécondation, la dangerosité de la mise au monde était toujours présente : les épidémies de fièvre puerpérale ravageaient les maternités. Il fallut attendre le XIXème siècle pour que l'asepsie et la bactériologie prennent leur importance.

Les règles d'hygiène sont parfois devenues le seul enseignement fait aux nouvelles mères. La fonction de mère est inscrite dans des modes d'emploi, devient même parfois une science. La relation du couple mère - enfant a été subordonnée par des règles d'hygiène parfois bien rigides et impersonnelles. Les idées psychanalytiques ont eu, là, toute leur importance : importance de situer le désir de la mère, celui de l'enfant.

La notion de désir d'un enfant a, elle aussi, beaucoup évolué avec la diffusion des méthodes contraceptives. Autrefois, on se mariait et la procréation en découlait naturellement, ce qui expliquait les chiffres considérables d'enfants abandonnés ou d'accidents mortels assimilés à des quasi-infanticides, dans la société occidentale jusqu'au XVIIIème siècle (En 1774, on recensait 41 % d'abandons d'enfants). On considère encore parfois la maternité comme une maladie, châtiment de la faute commise par la femme, principale responsable et initiatrice du péché originel de notre civilisation chrétienne.

HISTORIQUE DES PSYCHOSES PUERPERALES

Il est intéressant de noter, comme le fait l'article de l'Encyclopédie médico-chirurgicale sur les Psychoses puerpérales, que l'historique des psychoses puerpérales se confond avec celui des idées en psychiatrie : ou, plus précisément, les controverses étiologiques à propos des psychoses puerpérales sont le reflet de celles du champ tout entier de la psychiatrie.

Actuellement, on rassemble, sous le terme de "psychoses puerpérales", toutes les manifestations psycho-pathologiques de la grossesse, de l'accouchement, du post-partum, de la lactation, de la grossesse interrompue spontanément ou non, que les troubles mentaux soient mineurs ou majeurs ; c'est pourquoi nous parlerons de troubles mentaux liés à la puerpéralité. La grossesse est là pensée dans son ensemble comme étape de la vie sexuelle de la femme.

LES THEORIES ORGANICISTES

C'est dans les écrits d'HIPPOCRATE que l'on trouve une première description de troubles mentaux liés à la puerpéralité.

Hippocrate relate le cas d'une jeune femme, devenue, six jours après la mise au monde de jumeaux, insomniaque et agitée, puis confuse et délirante. Elle mourut le dix-septième jour, dans un état de torpeur et de coma. Hippocrate invoquait une étiologie organique; "les lochies et le lait remonté au cerveau" en étaient pour lui peut-être la cause.

Toujours, l'interrogation s'est portée sur la spécificité et l'origine des troubles : Pouvait-on reconnaître aux psychoses puerpérales des aspects sémiologiques, une évolution propre ? Comment intervient l'état gravido-puerpéral dans les troubles mentaux ? Telles étaient quelques-unes des questions.

Après Hippocrate, il faut attendre 1838 pour avoir la description par ESQUIROL (1772-1840) de "l'aliénation des nouvelles accouchées et des nourrices".

Cette période purement descriptive est poursuivie par MARCE, qui détaille le tableau clinique de la "folie puerpérale". Il ne voyait aucune spécificité dans les symptômes, mais les liait à une "modification fonctionnelle et organique de l'utérus et de ses annexes".

En 1842, MOREL publie, à la Société de Médecine de Paris, un mémoire "Sur la manie des femmes en couches", où il blâme la génération médicale actuelle de s'être trop longtemps livrée, dans l'étude de la folie, à des recherches anatomo-pathologiques, négligeant son aspect essentiel : l'élément psychologique.

Donc, longtemps ont prévalu les seules hypothèses organicistes. Cependant, à partir de ces descriptions, toutes sortes d'explications vont naître quant à la pathogénie des psychoses puerpérales. La première fut l'INFECTION.

Il s'agit, en fait, plutôt de fièvre puerpérale que de psychose puerpérale. On a d'ailleurs longtemps confondu les deux. Toutefois, le développement de ce chapitre nous semble important, car il fait partie de la maternité et de ses avatars.

Nous savons que cette période de fièvre puerpérale reste présente à la mémoire de chaque femme, liée à la notion de "mort en couches".

SEMMELWEIS (1818-1865), médecin né à Budapest, eut bien du mal à imposer ses idées sur les fièvres puerpérales et leur origine.

La thèse de médecine de Louis Ferdinand Céline, sur la vie et l'oeuvre de Semmelweis, nous permet de sentir avec quelle réalité il fallut affronter l'infection, particulièrement grave chez les parturientes de cette époque. Il explique comment mettre un enfant au monde pou-

vait aussi s'accompagner de la crainte de se donner la mort.

Il existait, en effet, à cette époque, à Budapest, deux services d'obstétrique : l'un où les risques de fièvre puerpérale étaient considérables, et l'autre où les risques de mort équivalaient à une certitude.

Le travail de Sommelweis fut de rechercher la cause de ces infections mortelles. Il avait découvert que la clinique où l'on mourait presque sûrement en mettant un enfant au monde était celle où les étudiants en médecine venaient examiner les parturientes, après avoir procédé aux leçons d'anatomie et de dissection de cadavres humains. Semmelweis affirma que les messagers de l'infection étaient les étudiants. Il écrit, dans son livre sur "L'Etiologie des fièvres puerpérales" :

"Ce ne sont pas les maisons d'accouchement qu'il faut fermer pour faire cesser le désastre qu'on y déplore, mais ce sont les accoucheurs qu'il convient de faire sortir, car ce sont eux qui se comportent comme de véritables épidémies". En effet, à cette époque, de nombreuses commissions s'étaient déjà penchées sur ce problème d'infection puerpérale. Il est intéressant de noter que celle qui fut convoquée par Louis XVI, pendant l'épidémie puerpérale en 1774 en France, incriminait le lait des mères. Ainsi, le Collège des médecins de Paris fit proposer au Roi, comme remède à cette épidémie, la fermeture de toutes les maternités, ainsi que l'éloignement des nourrissons.

La mère était, là, transformée en productrice de mauvais lait, du poison. C'était aussi mettre l'enfant qui venait de naître à l'origine de la formation du poison. On pouvait facilement conclure à la réalité de l'enfant-poison ou de la mère-poison. Il est admirable de voir comment les difficultés des recherches ont souvent conduit à une condamnation de la mère. La femme, la pécheresse de notre civilisation chrétienne, devait être punie du péché de la chair.

Dans la ville où Semmelweis exerçait, les femmes les plus exposées à la mort étaient les plus démunies sur le plan matériel et affectif : "Chez Klin, ne vont en définitive que celles qui parviennent à ces derniers instants de la grossesse", sans soutien, sans argent, pas même celui d'un bras pour les chasser de ce lieu maudit : pour la plupart, ce sont des êtres les plus accablés, les plus réprouvés de l'époque ; ce sont presque toutes des filles-mères". Le manque de soutien matériel

et moral de ces femmes entraînait leur condamnation sociale et morale. Au nom de la loi chrétienne, elles représentaient le péché et la honte et devaient en être punies par la souffrance et la mort.

Ainsi, la discrimination socio-culturelle a toujours créé des inégalités devant la maladie mentale ou physique.

La folie, la mort de Semmelweis ne sont que la preuve flagrante de sa lucidité et de sa clairvoyance. Il s'était élevé avec fureur contre l'obscurantisme des médecins de l'époque, liés trop souvent à des compromis gouvernementaux. Le corps médical refusait de comprendre les faits, ne pouvant reconnaître qu'il était le propre messager de l'infection. Semmelweis était rejeté de toutes parts; de plus en plus isolé, il devint fou et, dans un accès de délire, il pénétra dans la salle où les étudiants disséquaient les cadavres humains, se trancha la main avec un des scalpels et mourut quelques heures après, de cette même fièvre dont mouraient les parturientes.

Pasteur sut détruire le culte des thèses suffisantes, celles que combattait Sommelweis, et sut imposer ses recherches minutieuses.

Bien sûr, l'infection comme cause des troubles mentaux liés à la puerpéralité fut surestimée à l'ère pastorienne. Son importance s'est progressivement affaiblie-devant les progrès de l'asepsie obstétricale, puis grâce à l'introduction des antibiotiques. Elle peut encore être en cause, mais actuellement dans des milieux socio-culturels particuliers.

A cette période pré-pastorienne, la mort quelques jours après l'accouchement était un drame pour toute la famille, et cette mort s'éternisait à travers les générations : filles et petites-filles restaient marquées profondément.

Bernard THIS(+) écrit que, dans l'analyse de certaines de ses patientes, il retrouve les traces de ces tremblements de terre affectifs et qu'il en soigne encore les séquelles. C'est dans ce sens que ce chapitre nous a paru intéressant à développer.

(+) "Naître". Ed. Aubier, Montaigne, 1972.

Comme nous le verrons plus loin, le fantasme de mort pour la femme, lors de l'accouchement où l'enfant tue sa mère, ne repose pas uniquement sur le support organique et historique des infections puerpérales.

Pour terminer ce chapitre sur l'infection, nous citerons les travaux de Sivadon de 1933, évoquant l'atteinte toxique ou infectieuse de l'encéphale.

Magnan (1835-1916), Toulouse, Dupuis insistaient sur le rôle prédominant du terrain. Ils pensaient que les troubles étaient constitutionnels et que la puerpéralité ne faisait que les révéler. Ils parlaient de dégénérescence, de prédisposition morbide, de personnalité fragile ou dysharmonique, d'hérédité familiale.

Les dernières théories organicistes sont les THEORIES ENDOCRINIENNES, introduites d'ailleurs par Sivadon, avec ses travaux sur le déséquilibre lutéino-folliculinique (1933). Guinaud et Nodet parlent d'auto-intoxication due à des modifications hypophysaires. Successivement, Billig, Bradely, Delay, Boitelle, Abely font avancer le rôle des facteurs hormonaux dans la pathogénie des psychoses puerpérales.

Il y avait là une tentative de définir une physio-pathologie hormonale des psychoses puerpérales. Les dosages biologiques et les conclusions thérapeutiques sont peu probants.

LES THEORIES PSYCHANALYTIQUES

I - Maternité et sexualité féminine.

C'est à partir de 1928 que sont introduites les théories psychanalytiques dans la pathogénie des psychoses puerpérales.

De nombreux auteurs, mais surtout Zilboorg, ont cherché à expliquer les troubles mentaux liés à la puerpéralité par la réactivation, lors de la maternité, des fantasmes oedipiens et prégénitaux propres aux stades infantiles du développement psycho-sexuel.

On reproche souvent à Freud de ne pas avoir beaucoup écrit sur

la sexualité féminine ; lui-même pensait que ses travaux étaient incomplets. Sur ce "continent noir", il laissait le débat ouvert : "Si vous voulez en savoir davantage sur la féminité, interrogez votre propre expérience, adressez-vous aux poètes en état de vous donner des renseignements plus approfondis et plus coordonnés".

Mais, comme l'écrit Groddeck dans son livre "Au fond de l'homme cela", Groddeck qui se défendait d'être un homme de science, les enfants sont au courant de chaque grossesse de leur mère et ne sont jamais surpris par la naissance, mais cette connaissance et ces perceptions sont refoulées ; là naissent tous les fantasmes sur la naissance.

C'est la connaissance de l'inconscient, son investigation qui nous permettent d'évoquer ces fantasmes. L'enfant que porte la femme lors de la grossesse est chargé, pour elle, mais aussi pour la famille, de nombreux fantasmes. La naissance met au jour une réalité devenue visible : l'enfant. Cette rupture est plus ou moins vécue par la mère et la famille; mal vécue par la femme, elle est souvent une remise en cause de sa féminité. Il y a eu, en effet, pour la mère une double séparation : l'accouchement représente une première séparation entre elle et l'enfant ; d'autre part, la naissance de l'enfant est une réalité, rupture avec certains fantasmes. Dans cet esprit, il nous paraît essentiel de retracer les grandes lignes de ce que Freud a écrit sur la sexualité féminine.

Dans "Les trois essais sur la théorie de la sexualité", Freud pose les bases essentielles de ses conceptions sur la féminité, c'est-à-dire l'existence jusqu'à la puberté d'un "monisme sexuel" ou "hypothèse d'un seul et même appareil génital" pour les deux sexes. Cette première théorie sexuelle infantile est partagée par le garçon et la fille. Sa corrélation en est une phase phallique tant pour le petit garçon que pour la petite fille. Le seul organe sexuel reconnu est l'organe mâle.

Le clitoris est, pour la petite fille, l'équivalent du pénis ; le vagin reste inconnu jusqu'à la puberté.

Le petit garçon s'apercevra de l'absence de pénis chez la femme : "Les petites filles ne sont pas faites comme lui", alors que la petite

fille s'apercevra "qu'il lui manque quelque chose".

Le petit garçon s'effraie de constater qu'il existe des êtres sans pénis ; il interprète cette absence comme une castration et redoute cette éventualité pour ce qui le concerne.

La petite fille pense qu'elle a été défavorisée et aura le désir d'être un garçon. Longtemps, elle espérera qu'un pénis pourra lui apparaître. Cette envie de pénis est, pour Freud, primordiale dans l'évolution de la sexualité féminine. A la puberté, le membre viril devenu érectile indique le nouveau but, c'est-à-dire "la pénétration dans une cavité". Dans le même temps, la fille refoule sa sexualité clitoridienne, c'est-à-dire tout ce qui est "viril", dans sa sexualité. Les deux sexes découvrent le vagin.

En 1923, dans "L'organisation infantile de la libido", complément aux trois essais sur la théorie de la sexualité, Freud insiste sur plusieurs points : le petit garçon croit longtemps à l'existence du pénis maternel. Il ne croit pas que toutes les femmes sont chatrées, mais seulement celles qui sont coupables. Quand il comprendra que les femmes seules peuvent porter des enfants, il renoncera à cette idée.

Dans Le déclin du complexe d'Oedipe (1924), Freud se propose d'étudier les modalités et les motifs de résolution de l'Oedipe dans les deux sexes.

Alors que le complexe d'Oedipe du garçon sombre sous l'effet du complexe de castration, celui de la fille est rendu possible et est introduit par le complexe de castration. Chez la fille, le complexe de castration, éveillé par la vue du pénis des garçons, a pour résultat un sentiment d'infériorité et un désir de compenser son manque par l'envie de pénis (complexe de virilité). Le désir de pénis chez la fille devient le désir d'un enfant du père comme substitut du pénis. La mère se constitue alors comme rivale. La fille se détourne lentement du père en raison du non accomplissement de ce désir.

En 1925, Freud publie "De quelques conséquences psychiques de la différence anatomique entre les sexes". Il s'interroge du comment

la fillette abandonne-t-elle son attachement premier à sa mère et comment passe-t-elle de celle-ci au père ? La fillette était un nourrisson comme le petit garçon. La fille désire d'abord sa mère, ensuite un pénis, ensuite un enfant du père. Ce désir d'un enfant n'est qu'un substitut du désir du pénis ; l'attachement au père n'est qu'une conséquence de l'envie du pénis. L'Oedipe chez la fille est une formation secondaire.

Freud s'élève contre les féministes qui sont anxieux de nous faire admettre que les deux sexes sont complètement égaux quant à leur position et à leur valeur. Mais la bisexualité de l'homme et celle de la femme permettent de nuancer : l'homme peut avoir une position féminine désirant remplacer la mère auprès du père. La fille, niant la castration, ou ne l'acceptant pas, peut vouloir devenir un homme. La castration n'étant plus à craindre chez la fille, le complexe d'Oedipe s'efface lentement, il est refoulé ou persiste un peu plus au long de la vie de la femme. Freud écrit : "La femme n'atteint la situation oedipienne normale, positive, que lorsqu'elle a surmonté une période antérieure dominée par le complexe négatif."

Positif : lien au père pour la fillette.
Négatif : lien premier à la mère.

"On doit tenir compte de l'éventualité que de nombreuses femmes s'arrêtent à leur attachement maternel originel et n'accomplissent jamais vraiment le changement d'objet".

Pendant la phase pré-oedipienne, phase d'attachement à la mère, le père est un rival pour la petite fille, mais elle ne lui témoigne jamais la même hostilité que le garçon.

Autre notion importante introduite par Freud : l'ambivalence de la relation de la fille à sa mère. Le petit garçon peut, lui, déplacer sa haine sur son père ; la femme, primitivement attachée à sa mère, s'en détourne pour plusieurs raisons, mais surtout parce qu'au moment du complexe de castration, la fille méprise sa mère chatrée et la féminité en général.

Le père est d'autant plus l'objet d'amour pour la fille que celle-

ci a été déçue par la mère.

Le complexe d'Oedipe chez la fille résulte d'une double déception : objectale d'abord, narcissique ensuite, car son amour s'adressait à une mère phallique. Les désirs oraux, sadiques anaux et phalliques de la fille à l'égard de sa mère traduisent des émotions actives ou passives.

Freud dit que celui des désirs de la fille le plus perceptible est le désir de faire un enfant à la mère et d'en avoir un d'elle. Comme le soulignera plus tard Ruth Mack Brunswick, le désir de l'enfant est antérieur à l'envie d'un pénis. Il est en relation avec la mère omnipotente. L'envie de pénis a aussi des racines objectales et est en relation avec l'attachement de la fillette à sa mère.

On peut résumer ainsi le changement d'objet d'amour chez la fille :
Désir de la mère phallique - Désir d'un enfant de la mère phallique - Désir de pénis, désir de pénis du père -
Désir d'un enfant du père -
Désir d'un enfant d'un substitut du père.

Piera Aulagnier, dans son séminaire de 1971/1973, le traduit ainsi :
- Etre l'objet du désir de la mère
- Avoir un enfant de la mère
- Prendre l'objet du désir de la mère
- Etre l'objet du désir du père
- Avoir un enfant du père
- Donner un enfant à un père.

Nous venons de voir que, dans l'optique freudienne, le complexe de castration constitue le pivot de la psychologie de la femme. Dans la maternité, la présence de foetus constitue un substitut du pénis.

On sait que le complexe de castration peut concerner chez la femme ses organes propres (M. Klein, E. Jones); lié alors aux angoisses de morcellement de son propre corps, aux conflits prégénitaux, c'est le

stade du miroir décrit par Lacan ou période d'identification de l'enfant ; Lacan y parle là de corps propre et d'image spéculaire.

D'autre part, l'influence d'Otto Rank, écrivant ses thèses sur "le traumatisme de la naissance," est indéniable ; il portait celui-ci au centre de la névrose et de la cure. Ses conceptions jugées trop étroites entraîneront des critiques violentes et Rank fut renié par le mouvement psychanalytique.

Toutefois, son mérite fut la mise en valeur du rôle de la naissance comme première expérience vécue par l'enfant de l'angoisse. Il insistait alors sur l'importance des expressions psychologiques de la séparation de la mère. La théorie psychanalytique de la relation mère-enfant se développait.

Mélanie Klein traduisit de façon personnelle le monde fantasmatique de l'enfant dans les stades précoces de la relation maternelle, introduisant les concepts de bonne et de mauvaise mère, d'amour primaire, de fusion avec la mère, de retour aux fantasmes intra-utérins. Ces concepts kleiniens sont à rapprocher des concepts de fixation primaire et d'anxiété primaire évoqués par Rank. C'était là dépasser l'étiologie traumatique des névroses et accéder à une nouvelle conception de la réalité psychologique grâce à la notion de fantasmes.

Plus tard, Hélène Deutsh discute la conception de Ferenczi, selon laquelle l'homme réalise, par le coït, le souhait de retour à l'utérus maternel. Elle soutient que ce même retour est également réalisé par la femme par identification fusionnelle avec l'enfant qu'elle porte en elle. L'accouchement est, pour la femme, la maîtrise active du trauma de la naissance. Pour elle, l'accouchement contient l'acmé du plaisir sexuel.

Avec Benedek et Racamier, la maternité fut considérée non seulement comme une réminiscence d'expériences et de pulsions structurées dans l'enfance, mais aussi comme un processus propre : véritable étape de la vie sexuelle de la femme.

II - De la psychologie à la psychopathologie de la maternité (Racamier).

La maternité, lieu de réactivation des fantasmes oedipiens et prégénitaux.

Nous allons y voir comment les processus inconscients, le passé et l'imaginaire entrent en force dans la relation actuelle de la mère avec son enfant pour l'enrichir ou au contraire pour la compromettre.

La situation maternelle ravive et réanime avant tout les expériences propres à la phase orale, anale, phallique.

= La phase orale.

La mère de l'enfant est aussi l'enfant de sa mère. Les expériences anciennes de satisfaction et d'insatisfaction sont vécues à nouveau à travers son rôle de mère nourricière. Dans la maternité, il existe le désir de la mère d'avoir un enfant ; les psychanalystes ont souligné le rapport de ce désir avec les désirs, les fantasmes infantiles de la mère, comme si la maternité ranimait l'enfant, qui en elle a désiré et n'a pas eu son compte.

= La phase anale.

Le foetus peut être considéré comme un trésor, le cadeau que l'on fait à soi, au père, au mari, à la famille, ou comme un poison, source des maux de la mère : vomissements, douleurs ... Très fréquemment, au début de la grossesse, la femme sent le foetus comme une maladie, un corps étranger parasite à expulser, une tumeur.

Dans une étude faite sur les enfants morts in utero, les auteurs notaient, dans les cas observés, que l'enfant était, dès la conception, assimilé à un mauvais objet interne, à la fois persécuté et persécuteur.

= La phase phallique.

Equivalence de l'enfant au pénis, avec tous les investissements narcissiques que cela comporte et leur influence sur la relation vécue de la mère avec son enfant.

= La phase oedipienne :

De l'issue du complexe d'Oedipe dépendra l'identification à la mère. Hélène Deutsh écrit : "Le moi de la femme enceinte doit trouver un heureux compromis entre l'identification profonde inconsciente avec l'enfant et le père de l'enfant qui est dirigée vers l'avenir et identification avec la mère qui regarde vers le passé".

Dans la même étude citée plus haut sur les enfants morts in utero, les auteurs notaient que la femme était, à l'égard de sa propre mère, dans une relation du type domination - soumission et, à l'égard de son mari, personnage souvent effacé, gentil, alternativement souveraine et passive.

Ceci explique que la femme est replacée sous sa propre constellation oedipienne, dans sa relation préoedipienne à sa propre mère, dans une image très archaïque de son propre corps. L'enfant, avant qu'il ait figure humaine, est le lieu de toutes les projections. Françoise Dolto répond, dans son interview à Pontalis sur les mères (Les Temps modernes, Janvier 1963), que les comportements pathologiques qui se déclenchent autour d'une grossesse concernent toujours la relation à la génération précédente. Tout le travail de dégagement oedipien est remis en cause, ce qui induit une culpabilité dans le jeune couple, chez la femme surtout par rapport à sa famille d'origine.

On a souvent reproché à Freud d'avoir surtout insisté sur le rôle de la mère comme objet des désirs oedipiens, mais d'être moins explicite sur l'autre pôle de la relation : que veut dire l'enfant pour la femme ?

Dans les trois essais sur la théorie de la sexualité, il parle du comment la mère berce, embrasse, soigne son enfant et y trouve une véritable satisfaction sexuelle. Winnicot (1961) explique bien comment ce couple mère-enfant entre en symbiose, comment les besoins du foetus et du nourrisson se trouvent compris et assouvis, non seulement pour le bien de l'enfant, mais aussi pour l'équilibre affectif de la mère.

La mère et l'enfant ne font qu'un ; la femme aime indistinctement l'enfant et son corps qui le porte.

Ce régime narcissique et fusionnel est interrompu par la nais-

sance. Pour la mère et pour l'enfant, cette séparation est une rupture et un traumatisme. La relation de la mère et de l'enfant est rétablie à travers le processus de l'alimentation.

Hélène Deutsh écrit aussi : "Les femmes enceintes angoissées qui disent : "Je n'aurai pas mon enfant", renferment une profonde vérité, car la séparation est la mort, et ce n'est que lorsque l'amour de la mère reçoit à nouveau l'enfant dans le monde extérieur que les spectres de mort s'évanouissent".

"L'hygiène psychique de la grossesse doit tendre à faire de l'enfant de plus en plus un objet, de sorte que l'accouchement ne constitue pas une perte douloureuse d'une partie du moi et n'ait pas une action destructrice sur le psychisme".

Non seulement la mère objectalise sa relation, mais l'enfant aussi : la période de sevrage est le passage progressif de ces relations objectales ; c'est aussi la rupture avec la part narcissique de sa relation avec l'enfant.

La maternité, véritable phase de développement dans l'évolution affective de la femme.

Racamier parle de "maternalité" et la définit comme l'ensemble des processus psycho-affectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme lors de la maternité. Comme l'adolescence, la maternité est comparée à une véritable crise d'identité, nouvelle crise narcissique où les structures psychiques sont labiles, mouvantes et fragiles.

Avec Billring, Racamier pense que la maternalité est une phase où la structure psychique s'approche normalement, mais réversiblement, d'une structure psychotique. Le sens de l'identité devient fluctuant et fragile. Les relations d'objet se font sur un mode régressif, en particulier sur celui de la fusion de soi et d'autrui.

Racamier explique que le destin de la maternalité, comme celui de tout remaniement de la personnalité, dépend en gros de deux séries de facteurs : historiques et actuels.

Les facteurs historiques sont ceux qui déterminent le maniement des pulsions et des images intérieures activées et mises en oeuvre dans la maternité.

Les facteurs actuels se composent des situations extérieures réelles:
- l'entourage conjugal,
- l'entourage de type parental : présence, rôle et attitude de la mère et du personnage maternel, attitude de l'accoucheur, qualité de l'entourage soignant ;
- l'entourage social ;
- l'enfant : son état somatique, son sexe, son mode d'activité propre ;
- la grossesse : désirée, rejetée ou consentie.

Racamier explique les deux destins possibles de la maternalité : la réussite ou l'échec.

= La réussite est un triomphe sur les conflits inconscients :

- Résolution du conflit oral par accession à une position simultanément passive et active dans la relation avec le nourrisson.

- Résolution de l'Oedipe et du complexe phallique par assomption du rôle maternel.

La réussite n'est possible que si aucune fixation pré-oedipienne ne bloque le processus d'intégration, si la régression normale, libidinale et fonctionnelle de la maternalité est supportée et contrôlée par le moi, si la femme n'est pas suspendue à un narcissisme exigeant et vulnérable.

= L'échec de la maternalité se présente sous deux formes : l'échec de type névrotique et l'échec de type psychotique.

- L'échec de type névrotique :

La femme ménage sa relation à l'enfant de façon à éviter les angoisses qu'elle y rencontre et sauvegarde les exigences de son narcissisme, si elle ne supporte pas la régression fusionnelle.

Si elle ne supporte pas les contacts libidinaux, elle crée un rempart obsessionnel ou phobique.

Si elle ne supporte pas la séparation du sevrage et de l'objectalisation, elle maintient l'enfant dans une hyperprotection enveloppante, dans une dépendance prolongée ou définitive.

Tous ces aménagements permettent à la mère d'échapper aux conflits de la relation maternelle, mais ils s'effectuent sur le dos de l'enfant.

- L'échec de type psychotique :

La femme ne peut assumer et contrôler la régression puerpérale ; elle ne peut créer les défenses de la femme névrotique. L'enfant souffre, là aussi , de la rupture relationnelle qui résulte de l'état psychotique de la mère.

Dans les deux cas : conséquences sur l'enfant.

HISTORIQUE DES SOINS A DOMICILE

Dès le XIXème siècle, on discute déjà de l'opportunité de réunir dans un même hôpital psychiatrique aigus et chroniques, du travail agricole pour les malades, du placement familial.

En 1903, Sérieux revient de ses nombreuses visites qu'il a effectuées dans des institutions psychiatriques européennes. Dans un rapport, il réclame des formations variées et hautement spécialisées pour les malades mentaux. Il traduisait la volonté de nombreux médecins qui ne considéraient plus l'hôpital psychiatrique comme unique lieu de soins aux malades mentaux.

Les soins nécessaires après une hospitalisation, lorsque le malade fait retour dans le milieu social, avaient déjà été prodigués dans des foyers mis en place par Fauret et Baillanger, en 1841 ; mais il ne s'agissait plus de faire oeuvre de charité.

Petit à petit, les efforts faits dans la réadaptation sociale, dans la prophylaxie mentale, amenèrent les psychiatres hors de l'asile.

D'autre part, les thérapeutiques évoluaient. Il ne s'agit plus de "régulariser la conduite des aliénés par l'assujettissement à la règle d'existence de l'institution" (Esquirol). Les nouvelles thérapeutiques biologiques ont mis au premier plan des préoccupations des psychiatres les interréactions qui se jouent entre les malades et leur milieu et aussi entre soignants et soignés.

C'est au cours des Journées psychiatriques de 1945 à 1947 que la conception du "secteur" se dégageait pour essayer de répondre à toutes les nouvelles exigences. Lucien Bonnafé dénonçait "l'internement comme une conduite primitive" et affirma que la spécialisation psychiatrique ne pouvait s'entendre que comme "médecine du trouble mental en général avec ses tâches de prévention, de soins précoces, d'assistance, de pos-

ture et de réadaptation". Daumezon souhaite que le psychiatre "partage son temps entre les soins aux malades à l'hôpital et les soins aux malades au dehors". Il considère comme inefficace une conception étroitement hospitalière de l'assistance psychiatrique. Un texte signé de Bonnafé, Daumezon, Ey, Mignot, Régis, Sivadon et autres, trace les grandes lignes de leur souhait, sur la réalisation et l'organisation de ce secteur, territoire géographique où se dispenseront les soins aux malades mentaux.

Parce qu'elles ont considéré que l'hospitalisation souligne et aggrave l'exclusion du malade mental dans notre société, de nombreuses institutions nouvelles ont créé un service de soins à domicile.

Ainsi, les soins à domicile et la thérapeutique de famille ont été institués progressivement.

A l'étranger, on pourrait citer la création du service de traitement à domicile de l'Etat de Boston. Tout d'abord, y avait été créé en 1957 un service d'urgence. L'expérience de soins à domicile a commencé sur un secteur de 80.000 habitants et a été étendu secondairement à un secteur de 190.000. L'équipe comporte à plein temps un psychiatre, un psychologue, deux travailleurs sociaux psychiatriques, deux personnes chargées de la thérapie occupationnelle.

Le traitement des urgences à l'hôpital n'est qu'une des fonctions du service. Les soignants vont également évaluer les cas à domicile ; des critères précis sont utilisés, pour indiquer les soins à domicile de longue durée.

Gilbert Diatkine, dans sa thèse, écrit que la fréquence de l'intervention de la police dans le secteur de Washington dépend considérablement de la personnalité du psychiatre qui fait la visite à domicile. Il cite aussi de nombreux lieux américains où les soins sont prolongés, soit à domicile, soit à l'hôpital en consultation.

En France, en 1957, dans la population du XIIIème arrondissement de Paris, c'est à Paumelle que revient le mérite d'avoir tenté de réaliser la première expérience la plus fidèle possible aux principes énoncés sur le secteur. En Octobre 1967, s'y crée le service de soins à domicile, qui fusionne avec le service d'urgence déjà en place. Le service

est organisé et décrit par Woodbury. Il avait le statut juridique d'un pavillon de l'hôpital, moins les murs. Les malades y subissaient des traitements aussi intensifs qu'à l'hôpital : chimiothérapies (tranquillisants, antidépresseurs, modificateurs du sommeil, programme de désintoxication pour les alcooliques), traitements à visée somatique (physiothérapie, exercices de restructuration de l'image de corps ou parcks, massages), psychothérapie et programme de resocialisation.

Par rapport à l'hôpital, l'hospitalisation à domicile était démunie d'ergothérapie, de cures de sommeil ou de traitement de choc ; mais son centre d'intérêt était bien spécifique : la famille. Comme à l'hôpital, les malades payaient un prix de journée et, grâce à la structure souple du service, ils pouvaient obtenir jusqu'à 8 heures par jour d'assistance chez eux, en période de crise, et pendant le nombre de jours ou de semaines nécessaire. L'équipe soignante comprenait 2 psychiatres mi-temps, 7 infirmières à domicile, de 3 à 8 aides familiales, 1 assistante de recherche, 1 secrétaire coordinatrice. A titre vacataire, s'adjoignaient 1 psychiatre d'enfants et 2 kinésithérapeutes. Le service de soins à domicile disposait de son bâtiment propre, secrétariat propre, où se tenait, de 9 h.30 à 20 h.30, le groupe continu, lieu d'accueil constitué d'une partie des membres de l'équipe soignante.

Il nous paraît important, avant de parler de notre cas pratique, de tracer en quelques lignes l'organisation des soins à domicile dans le quatrième secteur du Val-de-Marne. Les bâtiments d'hospitalisation se situent à l'intérieur de l'hôpital de La Queue-en-Brie, où chaque service, représentant un secteur géographique, a une certaine indépendance quant à l'organisation du travail à l'intérieur de son secteur. Chaque service possédait une voiture, deux depuis quelques mois. Certains services ont une équipe particulière pour les soins à domicile.

Dans le quatrième secteur du Val-de-Marne, il n'existe pas d'équipe de soins propre aux soins à domicile. Tous les médecins du service, les infirmiers, les assistantes sociales peuvent effectuer les soins à domicile. Comme pour les malades hospitalisés, la répartition du personnel dans le travail se fait avec l'événement. C'est pourquoi il est possible, pour l'équipe qui reçoit un malade adressé pour une hospitalisation,

de décider elle-même de l'opportunité des soins à l'hôpital ou à domicile et d'assumer cette décision. Toute l'équipe peut connaître l'histoire du malade. La participation au travail, présence ou écoute, est possible pour tous, lors de la rencontre de l'équipe le matin dans ce lieu appelé bureau médical commun. Petit à petit, une équipe propre au cas se forme. La difficulté du cas introduit parfois de nombreux participants ou au contraire la restreint. Chacun peut écrire ses réflexions ou simplement le récit de la visite à domicile sur un cahier propre aux soins à domicile. Il existe un autre cahier de service où médecins et infirmiers écrivent les traitements, le travail fait et le travail à faire, afin que la communication soit faite entre les équipes de la journée.

C A S C L I N I Q U E

Notre cas clinique est celui de l'apparition d'un état confuso-onirique chez une jeune femme de 23 ans, huit jours après son premier accouchement. Les troubles psychiques du post-partum nous paraissent, en effet, bien imaginer ce que Racamier appelle "l'échec de la maternité", et ils mettent bien souvent au grand jour les rapports conscients et inconscients de la mère avec son enfant.

HOSPITALISATION DANS LE CENTRE PSYCHIATRIQUE DU SECTEUR

Françoise M... est adressée dans notre service par la clinique obstétricale où elle a accouché, il y a huit jours, de son premier enfant, d'une petite fille : Valérie. Depuis trois jours, elle y manifestait des troubles du comportement, elle tenait des propos incohérents, était de plus en plus agitée, très agressive vis-à-vis des infirmiers et de ses voisines, jeunes accouchées comme elle, déshabillait sans cesse sa fille, la mettait nue et tentait de sortir avec elle hors de la clinique, voulant "disparaître" avec elle. L'interne de garde du centre psychiatrique qui la reçoit note, sur le cahier de rapports : Grossesse heureuse, pas de problèmes conflictuels, si ce n'est avec la belle-mère ; malade calme, peu agitée, mais sous l'effet de calmants. Inquiète pour son bébé resté à la clinique.

Le lendemain matin, au cours des heures, on assiste à la recrudescence de l'excitation, avec des périodes d'agressivité et de pleurs, le tout sur un fond assez infantile et hystérique. Françoise parle toujours de sa belle-mère et de la visite que celle-ci lui avait promise à la clinique d'accouchement, visite qu'elle n'a pas faite, du père de l'enfant retenu en province par le service militaire. Elle réclame sans cesse son enfant resté à la clinique.

La suite des événements, et surtout la visite de la famille de

Françoise, le lendemain matin, nous font pénétrer dans une histoire familiale qui n'est pas des plus simples.

Malgré l'aggravation de son état confusionnel et de son agitation, nous sommes décidés à réunir Françoise et son enfant, dans son milieu naturel, c'est-à-dire son lieu d'habitation. La visite de sa famille, ce matin-là, est importante, car c'est avec elle que nous travaillerons ; il est essentiel de connaître son désir et ses possibilités de participation. Nous l'informons d'emblée de notre projet de soins à domicile. L'histoire de sa propre famille, sur laquelle Françoise restait tout à fait muette, avait, pour la compréhension des troubles de Françoise, une forte importance.

Sont venus la mère de Françoise, Mme M..., 45 ans, les deux frères, 18 et 20 ans, et une amie de Françoise, étudiante en médecine. La mère laisse parler l'amie, car, dit-elle, "elle la connaît mieux que moi, ce sont de grandes amies depuis longtemps". On apprend ainsi que Françoise est célibataire ; le père de l'enfant, âgé de 21 ans, est un ami d'enfance de Françoise ; il fait actuellement son service militaire. Françoise et Francis ne sont pas mariés ; ils habitent chacun un pavillon de banlieue situé face à face dans la même rue. Françoise habite en France depuis dix ans, avec sa mère et ses frères. Son père est aux Etats-Unis, où la famille a, elle aussi, vécu et où Françoise est née. Elle est étudiante aux Arts décoratifs. Les deux frères suivent également leurs études. La mère ne travaille pas. Le père envoie régulièrement de l'argent et vient les voir trois mois par an. La mère de Françoise prend la parole et parle alors de sa situation conjugale difficile avec beaucoup de gêne : "Nous sommes plus ou moins séparés ; d'ailleurs, les enfants m'ont toujours reproché de ne pas avoir divorcé". On parle aussi des parents du fiancé Francis qui étaient très opposés au mariage de leur fils avec Françoise. Il y aurait eu plusieurs scènes assez violentes, entre les deux familles, à l'annonce de la grossesse de Françoise. Les beaux-parents ont proposé d'interrompre la grossesse, mais leur fils et la famille de Françoise y étaient très opposés. En fait, nous apprendrons plus tard que le père de Françoise a, lui aussi, proposé l'interruption de grossesse dans une lettre, de même qu'il l'avait évoquée, ou plutôt imposée à sa femme, Mme M.., lorsqu'elle était enceinte de Françoise. Il semble, selon la mère, que les troubles de Françoise aient débuté le

soir du jour où était prévue la visite de la belle-mère à la clinique.

Ainsi, non seulement Françoise n'était pas reconnue comme une femme pouvant épouser l'homme avec qui elle avait conçu un enfant, mais elle n'était pas non plus la mère de "leur" petite fille, puisque la belle-famille ne faisait pas la visite d'usage à la clinique.

Nous avons été aussi frappés, lors de ce premier entretien avec la famille, par la façon dont Mme M.., évoquant la grossesse de sa fille, se référait sans cesse à sa propre grossesse lorsqu'elle attendait Françoise. "Elle est trop faible pour allaiter. C'est comme moi quand je l'ai eue, on a dû arrêter ma montée de lait".

D'emblée aussi, la grossesse avait été comparée à un événement pathologique : "Lorsqu'elle m'a parlé de retard de règles, je lui ai dit : "Si tu n'as rien fait d'anormal avec lui, tu n'as rien à craindre d'anormal"."

La mère nous communique son anxiété et son interrogation devant l'agitation de sa fille, qu'elle n'avait jamais vue si "capricieuse".

Pour les soins à domicile, elle nous fait part de ses réticences ; elle est surtout inquiète pour le bébé, pense que Françoise est incapable de s'en occuper, craint la violence qu'elle pourrait avoir envers ce bébé, des gestes malheureux : "Le laisser tomber". Il est vrai que l'agitation de Françoise est importante. Elle refuse tous les soins que l'on donne à une jeune accouchée, déménage et essaie de briser tous les meubles de sa chambre, les trouvant trop laids, préférant la décoration de sa maison ; elle urine au lit, elle casse le tire-lait qui lui avait été donné pour la soulager de sa montée laiteuse, enlève les bandages de ses seins, jette les médicaments qui lui sont proposés par voie orale. Bien sûr, il faut interpréter une partie de ses troubles comme une opposition à l'éloignement de son enfant qui lui a été imposé. Françoise demande sans cesse à le voir, à le nourrir, mais elle refuse d'être une accouchée comme les autres et exprime là toute son ambivalence vis-à-vis de l'enfant qu'elle laissait nu dehors, lorsqu'elle était à la clinique.

Cependant, malgré son inquiétude, la mère de Françoise nous demande de faire une sortie rapide : elle craint que sa fille se rende compte de l'endroit où elle est (l'hôpital psychiatrique) et ne voudrait

pas qu'elle le lui reproche plus tard.

Nous lui expliquons dans les détails notre projet de soins à domicile, avec possibilité de deux visites par jour : le matin, la visite sera composée d'un infirmier et d'un interne; l'après-midi, de deux infirmiers ; possibilité aussi de nous téléphoner dès qu'il y a un problème difficile et, s'il ne peut être résolu par téléphone, possibilité de nous déplacer.

Lorsque la mère parle des deux enfants dont elle aura à s'occuper: sa fille et sa petite-fille, l'amie lui propose de partager avec elle le travail ; elle a travaillé comme puéricultrice pour payer ses études de médecine.

Les fils se proposent d'aller chercher le bébé à la clinique.

L'élan de participation de la famille peut paraître suspect : annuler les troubles mentaux de Françoise dont la place ne serait pas l'hôpital psychiatrique. Mais il est aussi indispensable pour les soins à domicile. D'autre part, la facilité avec laquelle la mère parlait d'elle-même et nous évoquait ses rapports avec sa fille, devenue mère à son tour, nous paraissait de bon augure.

La sortie est prévue pour le lendemain, jour où le fiancé doit nous rendre visite. Il nous paraissait important qu'il prenne ses responsabilités, qu'il donne son avis sur ce type de soins.

Il nous apparaît très immature, ayant l'aspect d'un grand adolescent, très inhibé. Actuellement en permission, il habite chez la mère de Françoise, n'osant affronter ses parents, surtout sa mère qui est la plus opposée à leur union.

Son histoire familiale : il a un demi-frère, une demi-soeur née d'un premier mariage de la mère. Francis n'a été reconnu par son père (le deuxième mari de sa mère) qu'à l'âge de 14 ans. En présence de la mère de Françoise, il ne parle pas, reste dans son coin ; c'est elle qui décide pour lui, comme pour le reste de la famille.

Lorsque Françoise quitte le service, elle est très régressive, mutique, pousse de petits gémissements en montrant du doigt ce qu'elle désire. Elle y est donc restée à peine trois jours.

LES SOINS A DOMICILE

La première visite : Une infirmière - Un interne.

Le lieu d'habitation de la famille M. est un pavillon moderne de la banlieue parisienne ; les volets sont tous clos, comme ceux du pavillon d'en face : celui de la "belle-famille". Nous constaterons, au cours de nos visites, que l'ouverture progressive des volets de part et d'autre coïncidera avec l'amélioration de l'état mental de Françoise. C'est la mère qui nous reçoit et nous conduit dans la chambre de Françoise. Le bébé est dans la salle à manger ; autour de lui, l'amie de Françoise et le frère de Françoise ; on peut penser qu'ils sont les jeunes parents, tant ils semblent heureux et attentifs. Nous voyons Françoise seule, puis avec son bébé. Elle est tout d'abord mutique, puis nous exprime le désir de revenir avec nous à l'hôpital. "Il y a trop de bruit ici". La maison paraît effectivement très agitée et désorganisée ; Françoise y paraît isolée, loin de tout ce qui s'y passe. Ici, on lave les couches du bébé ; là, se prépare le biberon ; ailleurs encore, on le berce, et Françoise reste seule dans sa chambre. Lorsque le bébé est amené près d'elle, elle paraît indifférente, craint de ne pouvoir s'en occuper, nous parle peu de lui, semble ignorer s'il mange bien, s'il dort bien. La mère paraît nous éviter, mais ne peut s'empêcher de faire quelques apparitions dans la chambre de Françoise pendant que nous y sommes.

Françoise prend son traitement (anxiolytiques + neuroleptiques incisifs à faible dose) en notre présence et, aussitôt après, se montre très agressive avec l'infirmière qu'elle chasse à coups de pieds. En nous quittant, la mère exprime son anxiété et sa perplexité devant l'attitude à prendre avec sa fille. "Elle est comme un bébé ; je ne sais si je dois lui parler comme à une enfant, ou comme à une adulte ; faut-il se comporter avec Françoise comme avec son bébé ?". Elle nous annonce aussi qu'elle dort avec Françoise, à la place du fiancé qu'elle a cru bon de chasser du lit de Françoise. "On ne sait jamais, ce ne serait pas sain pour elle".

Nous essayons d'expliquer qu'il faut être attentif à Françoise qui réclame des soins intensifs, mais ne pas perdre de vue qu'elle est

devenue mère à son tour. Il faut l'aider dans cette nouvelle fonction qu'elle assume difficilement. Sa présence aux soins du bébé, à la préparation des biberons, même si elle n'est pas au début une participation active, nous paraît importante. L'attitude passive du fiancé ne doit pas être accentuée par l'attitude parfois trop velléitaire de l'amie et de la mère.

La deuxième visite : Un infirmier - Une interne - Une infirmière.

Françoise est toujours seule dans sa chambre, alors que toute la maison, et surtout l'amie, parfaitement intégrée à la famille, participe aux soins du bébé. Nous insistons à nouveau, Françoise ne doit pas être tenue à l'écart des événements qui concernent son bébé. Nous en parlons avec elle. L'amie, elle, paraît réticente à nos conseils ; le père de l'enfant est là, ne participe à rien. Le soir de cette seconde visite, Madame M. nous téléphone, car le père du "fiancé" est venu voir le bébé. Madame M. craint la réaction de sa fille, puis nous explique l'émotion du grand-père devant sa petite-fille, mais aussi son refus de voir Françoise. Madame M. avait pourtant insisté ; elle tenait à ce qu'il voie combien l'accouchement avait rendu Françoise malade.

Françoise, lors de cette "visite", n'est à nouveau pas reconnue comme mère de l'enfant. Son apparition à quatre pattes, après la visite, dans la salle à manger, est symptomatique ; il ne lui reste plus qu'à marcher comme un bébé pour être reconnue.

Le lendemain, Madame M. nous téléphone à nouveau, cette fois-ci pour nous annoncer que Françoise a passé une bonne nuit. Nous allons tout de même faire la troisième visite, à la demande de la mère. Françoise évoque tout de suite la visite du "beau-père", accusant la "belle-mère" d'être responsable de tout cela.

Elle accepte maintenant son traitement. Madame M. nous précise que c'est depuis qu'elle le lui donne dans la bouche directement avec la pipette (un nouveau biberon...).

Du quatrième au dixième jour de soins à domicile, nous assistons à une amélioration progressive de Françoise qui devient de plus en plus

présente. Le lit de son enfant est maintenant dans sa chambre, elle donne le biberon à sa fille, ne le prépare pas encore (la mère et l'amie ont très peur d'une erreur de dosage). Elle assiste quelquefois à la toilette du bébé. Pendant cette période, l'amie et les frères ne sont pratiquement plus là (la naissance avait coïncidé avec une période de vacances scolaires ; les cours ont repris). Lorsque son bébé pleure, Françoise le prend et le berce, mais paraît souvent inquiète, elle craint qu'on lui vole son enfant : les gens d'en face... Françoise essaie de donner son sein à l'enfant, mais elle n'a pas de lait (Nous avons dû arrêter la montée laiteuse au cours de son hospitalisation. Françoise n'acceptait pas le tire-lait, elle souffrait trop de sa montée laiteuse. Nous n'étions pas très satisfaits de cette mesure, mais il nous parut, à ce moment, difficile de faire autrement). Nous expliquons cette période à Françoise et lui conseillons de ne pas trop donner son sein à l'enfant qui pleure lorsqu'il est déçu de ne pas trouver de lait au sein de sa mère.

Madame M. exprime toujours le besoin d'être conseillée ; elle ne sait plus très bien où elle en est entre sa situation conjugale, sa fille et les conseils médicaux que lui donne l'amie. Tout cela semble la troubler. D'autre part, elle intervient toujours lorsque nous parlons avec Françoise. Il y a souvent de longs silences avec elle. Françoise a, en effet, des difficultés à parler. Elle s'arrête souvent, évoquant des troubles de la mémoire. Mais la mère s'empresse de faire les questions et les réponses pour Françoise.

La mère est aussi très ambivalente vis-à-vis des médicaments : s'autorisant parfois d'en supprimer ou d'en ajouter, elle manifeste parfois, au contraire, une attitude obsessionnelle, voulant faire respecter à Françoise, même si celle-ci dort, les horaires de prise du traitement.

La rechute -

Le onzième jour, la mère appelle après la visite du matin. Françoise lui pose de gros problèmes ; elle ne peut en dire plus, semble affolée. Deux infirmières se déplacent. A leur arrivée, Françoise est allongée, calmement. La mère explique que Françoise a fait une crise de

nerfs, lui a tiré les cheveux. Se demande si cela a une signification...

Cette agression physique de la fille contre la mère, le désemparement de la famille vont marquer le début d'une rechute de l'état de Françoise. La régression va devenir de plus en plus importante et la maison sera de plus en plus désorganisée. "Elle joue la comédie. Vous pensez qu'elle s'améliorera ?..."

Après le onzième jour, l'équipe d'infirmiers, qui était assez élargie au début, s'est rétrécie peu à peu. Les visites s'effectueront le plus souvent en couple. Par exemple : infirmière - médecin homme, ou infirmier - médecin femme, ou infirmier - infirmière, ou infirmière - infirmière.

Les diversités de constitution des couples nous paraissaient importantes, car elle permettent à Françoise de s'identifier, soit face à un couple homme-femme, soit à des femmes (comme celles avec qui elle vivait).

La mère a télégraphié au père, car très souvent Françoise le demande ; par contre, celle-ci ne réagit pas devant les lettres que lui envoie son fiancé du service militaire, ou devant l'absence de nouvelles.

L'état de Françoise s'aggrave ; elle paraît de plus en plus abattue, s'est écroulée sur le divan de la salle à manger, comme pour être un peu plus au centre des préoccupations de la maison, mais elle ne tient pas debout. Nous nous interrogeons sur un surdosage de médicaments : la mère a effectivement doublé la dose d'anxiolytiques. Françoise exprime un discours irréel, dit qu'ils vont mourir, elle et son bébé, et qu'ils reviendront sur la terre sous la forme de papillons ou d'éphémères. Elle dit vouloir coucher ce soir avec sa mère, se dirige vers le lit de la mère, puis nous demande de prendre sa fille, elle nous la confie pour toujours. Le lendemain, son discours est toujours très irréel ; elle se transformera après la nuit, cette fois-ci, en petit chat ou chien. Ces animaux meurent, selon elle, aussi rapidement que des papillons. Sa mère est devenue , elle aussi, une mouche. Elle manifeste à nouveau le désir de confier son enfant à un infirmier.

Le discours que Françoise tient depuis quelques jours nout parut pour elle son seul moyen d'exister : vivre ailleurs, pour ne pas être

avec. Françoise semble effectivement de plus en plus écrasée par sa mère et son amie, toujours en robe de chambre.

Devant l'attitude de la famille, l'hospitalisation de Françoise avec sa fille deviendra peut-être nécessaire. Nous en parlons, mais essayons de temporiser, car il s'agit là d'un long week-end de fête et la famille, présente au complet dans la maison, ne laissera sûrement pas partir Françoise, encore moins le bébé.

Nous essayons de rassurer le plus possible la mère, de la voir seule et nous lui proposons de venir à l'hôpital parler au médecin-assistant (qui ne venait jamais en visite à domicile) de ses problèmes propres. Elle accepte ce rendez-vous.

Françoise est toujours anxieuse et parle bien souvent de mort : son bébé est peut-être mort, Francis est mort. Et s'il vient (il doit effectivement venir en permission), ils mourront tous les trois ; elle l'a lu dans les lignes de la main et à la rocaille du jardin. Il n'y a pas de place, semble-t-il, pour qu'une relation spontanée s'établisse entre Françoise et sa fille. Tous la conseillent : "Parle-lui, raconte-lui des histoires", et Françoise de répondre sans enthousiasme : "Oui, je vais lui parler, je vais lui raconter des histoires".

Reprenant l'expression de sa mère qui l'accusait de jouer la comédie, elle pense que celle-ci et son fiancé jouent la comédie derrière elle. Associant sur le passé, elle évoque le passé persécutif de sa grossesse ; son fiancé devait avoir honte d'elle, puisqu'il ne la présentait pas à ses amis. Elle avait aussi éprouvé une sensation curieuse dans les magasins du quartier. Tout le monde l'observait et la jugeait, elle, la fille-mère.

La mère ne veut plus venir en consultation, renforce ses défenses. "Moi, je tiens le coup, je n'ai pas besoin de voir un médecin". On maintient néanmoins le rendez-vous.

En fait, pendant cette période, même si le discours de Françoise est parfois difficile à comprendre, on peut saisir toute l'oppression qu'elle ressent et le désir qu'elle a de tuer sa mère, son enfant, son fiancé et de se tuer elle-même. Son attitude passive devant les soins

du bébé prodigués par toute la famille peut s'expliquer par cette crainte de prendre à sa mère une fonction qui était devenue aussi la sienne : celle d'être mère. Impuissante devant cette situation, elle ne peut que tuer sa mère pour prendre sa place et devenir mère à son tour, place qu'elle n'ose lui usurper de son vivant. Son discours sur la mort est bien sûr très ambivalent, puisqu'elle y exprime à la fois le désir et la peur de la mort.

Troisième semaine de visite

La mère est finalement allée en consultation et nous parle du premier entretien qu'elle a eu avec le docteur. "Je commence à comprendre beaucoup de choses". Françoise aussi semble comprendre de plus en plus ce qui se passe. La mère est devenue plus détendue et plus ouverte avec nous. Elle nous présente, pour que nous les admirions, les oeuvres picturales de sa fille, ses broderies exécutées il y a quelques mois. Il faut qu'elle se persuade que sa fille a eu toute sa raison et qu'il n'est pas possible qu'elle la perde tout à fait. D'autres de ses attitudes restent encore bien contradictoires : elle n'envoie pas le courrier que Françoise écrit à son père, car les lettres ne transcrivent pas assez l'état mental dans lequel se trouve Françoise, le mari ne s'inquiéterait pas suffisamment (elle semble là vouloir le culpabiliser, comme elle a essayé de le faire avec le beau-père lors de sa visite au bébé). Nous conseillons d'envoyer les lettres. Françoise dessine à nouveau; au milieu d'oeuvres très romantiques, elle effectue le dessin ci-après.

Françoise exécute là le portrait de sa belle-mère. Sa formation artistique (elle est étudiante aux Arts décoratifs) n'y est pas révélée, alors qu'on la retrouvait dans les autres croquis de la même période. S'il ne s'agit pas d'un dessin d'art, c'est peut-être pour qu'éclate plus fortement le monde de ses fantasmes. L'aspect monstrueux de cette belle-mère révèle l'angoisse qu'elle devait éprouver devant elle.

Le plus frappant dans ce dessin, c'est sa représentation de la bisexualité : les seins de cette femme ne sont en fait qu'une poitrine masculine musclée et mieux encore confondus avec ses biceps non moins

musclés. La bouche est en forme de lune, principe féminin (symbole), les yeux en forme de soleil, principe masculin (symbole). Quant au sexe, il n'est qu'un point d'interrogation ; Françoise exprimait là toutes les questions angoissantes qu'elle se posait sur sa belle-mère, sur sa mère, mais aussi sur elle-même : quelle sorte d'individu peut sortir du ventre d'une femme si monstrueuse, qui était ce Francis, le fils de cette femme et le père de leur enfant ? Et elle, Françoise, qu'était-elle capable d'enfanter ? Et qui était-elle maintenant ?

Le fiancé vient en permission, toujours aussi empêtré, intimidé.

Les visites ont maintenant lieu dans le jardin : nous sortons de la maison avec Françoise, un autre membre de l'équipe médicale restant parfois dedans avec la mère. Les volets de la maison sont maintenant tous ouverts ; ceux d'en face, pas tout à fait.

Cette situation des deux maisons si proches ne fait peut-être qu'augmenter les fantasmes de chacun. Lorsque son fiancé part en face, Françoise monte au grenier de sa maison superviser ce qui se passe de l'autre côté de la rue, derrière le mur. Bien que son état s'améliore, que le contact avec nous soit devenu bien meilleur, il existe encore pour Françoise des périodes d'angoisse, où les références à la mort sont constantes. Il lui arrive encore parfois de serrer très fort son bébé contre elle, en affirmant qu'il va mourir. Si nous essayons de la rassurer, elle rétorque que si ce n'est pas son bébé, ce sera son fiancé. Il lui est toujours nécessaire de craindre, de désirer la mort de ses proches. Nous remarquons qu'elle ne parle jamais de son amie qui, pour nous, pourtant, occupe dans la maison une grande place.

Lorsque nous la quittons, Françoise embrasse les femmes de l'équipe médicale, puis ensuite les hommes.

Il y a maintenant un mois que les soins à domicile ont débuté, une semaine que nous y allons tous les deux jours. Nous évoquons avec Françoise la possibilité pour elle de venir en consultation à l'hôpital, les visites s'espaçant ; Françoise approuve. En fait, elle ne viendra jamais à l'hôpital. Si elle nous téléphone parfois pour nous donner de ses nouvelles ou quérir quelques conseils, elle ne se déplacera jamais.

Elle paraît reprendre un peu possession d'elle-même. "Je pense que, maintenant, on ne pourra plus me prendre mon enfant avec les nouvelles lois" (En fait, les nouvelles lois étaient celles de la possibilité de reconnaître un enfant adultérin pour un homme marié). Francis n'était pas marié ; mais l'attachement qu'il avait à sa mère et l'hostilité que la mère manifestait contre Françoise étaient vécus par cette dernière en termes de rivalité, rivalité de femme à maîtresse.

Françoise nous paraît souvent rayonnante dans la maison ; elle est, le matin, la seule habillée; l'amie et la mère gardent leur robe de chambre. Plus l'état de Françoise s'améliore, plus celui de l'amie se dégrade. Elle semble en vouloir à Françoise d'être si bien ; elle perd maintenant un peu de son importance; elle qui était là pour soigner, elle ne supporte peut-être plus de ne plus être utile. Voilà qu'à son tour elle devient malade, tout d'abord démoralisée parce que ses examens n'ont pas bien marché, puis elle se met à vomir. Françoise nous annonce que c'est elle qui la soigne : elle-même ne prend plus de neuroleptiques depuis deux jours.

Elle nous parle maintenant spontanément de sa grossesse qu'elle a toujours bien supportée, dit-elle ; une seule fois, elle s'est évanouie et a failli perdre son enfant : c'était le jour où la "belle-mère est venue la sommer d'avorter". Elle évoque sa période régressive: "Maintenant, il y a un bébé dans la maison ; avant, il y en avait deux, j'étais l'autre". La conversation devient plus spontanée, comme la façon dont elle s'occupe du bébé.

Les visites sont de plus en plus espacées (tous les cinq jours). Mme M. réagit encore parfois de façon curieuse : elle a pris rendez-vous pour sa fille chez le gynécologue pour une contraception ; Françoise est tout à fait d'accord ; mais la mère ajoute : "Si Françoise était de nouveau enceinte, elle serait insupportable ; il faudrait qu'elle avorte sans le savoir...". La mère espace, elle aussi, ses visites chez le médecin-assistant. Nous essayons de la persuader de les continuer encore quelque temps : mais il est difficile pour la mère d'admettre de poursuivre les soins, alors que ceux de sa fille prennent fin. Elle allait voir le médecin à l'hôpital pour aider sa fille, mieux la comprendre, mais non

pour elle seule. Pourtant, la situation du médecin qui n'avait pas participé au traitement de Françoise nous avait paru favorable pour amener Madame M. à faire une demande personnelle de soins. Mme M. nous paraissait bien fragile devant les problèmes de son couple qui restaient présents.

Une des dernières visites nous parut importante, parce qu'il nous a semblé que, ce jour-là, Françoise percevait ses désirs et osait les exprimer, elle pouvait enfin exister, choisir une identité. Le moment où tout le monde pensait et agissait pour elle se terminait. Cette visite est composée d'un infirmier et d'une interne. Françoise paraît là très lointaine. Elle s'interroge sur la fidélité de Francis, puis nous demande si nous sommes mari et femme. Devant notre réponse négative, elle s'interroge à nouveau sur la possibilité d'être abandonnée par le père de l'enfant. Nous essayons de connaître son véritable désir. Nous ne formons pas un couple. Elle est rassurée.

Françoise répond en effet qu'elle pouvait avoir envie de "tromper" Francis et, s'adressant à l'infirmier, ajoute qu'elle pourrait, par exemple, devenir amoureuse de lui. Quelques jours après, elle nous annonce qu'elle voulait élever son enfant seule sans être mariée.

Françoise pouvait se repérer maintenant dans toute la problématique familiale, qui à l'occasion de sa grossesse revivait ses conflits :
- conflit conjugal des parents ;
- répétition d'une grossesse non désirée ;
- où le père absent proposait l'avortement ;
- conflit avec les voisins qui refusaient de devenir la belle-famille ;
- conflit avec le père de l'enfant, très immature, ne pouvant assumer ni le rôle de mari ni celui de père ;
- conflit avec l'amie, étudiante en médecine, passionnée de puériculture, prête, trop prête, à tout faire pour le bébé.

Françoise semblait maintenant retrouver une place. Il nous a paru important de signifier à ce moment à Françoise que les soins à domicile n'étaient peut-être plus nécessaires ; nous lui proposons de les stopper, mais nous étions toujours disponibles et prêts à revenir si elle en exprimait le désir. Nous pensions qu'elle était capable maintenant de formuler seule une demande de soins. Elle nous donnera des nouvelles, qu'elles

soient bonnes ou mauvaises.

Quinze jours plus tard, la mère nous appelle au téléphone. Elle trouve Françoise beaucoup moins bien depuis quelques jours ; elle nous explique aussi qu'il y a des "nouvelles" dans son propre couple ; Mr. M., son mari, viendrait prochainement en France pour aller ensuite en Allemagne : "Il est sur le point de se marier". Mme M. a caché cette nouvelle à Françoise, pensant que cela la chagrinerait ; les fils sont, eux, au courant. L'interne qui répond au téléphone lui conseille de venir voir le médecin-assistant et d'informer Françoise de son coup de fil, y compris les nouvelles du mari. Nous renouvelons notre disponibilité à la revoir en consultation ou en visite, si elle le désire.

Le lendemain, Françoise rappelle effectivement et nous demande de venir. Pendant notre visite, nous constatons que de nombreux événements se précisent. Françoise s'est disputée, au cours du week-end, avec Francis, afin qu'il choisisse vraiment entre elle et ses parents. Les beaux-parents seraient venus à la grille du jardin insulter la famille M. Dispute aussi avec M., l'amie de Françoise : elle et P., le plus jeune des frères, ont été surpris ensemble par Françoise ; une liaison amoureuse existerait entre eux. Françoise ne supporte pas du tout cela, trouvant son amie beaucoup trop âgée. Elle en profite pour nous dire que cette amie avait décidément besoin de beaucoup d'affection, puisqu'elle venait aussi parfois dans son lit lui demander des caresses. M. l'amie est d'ailleurs venue, hier soir, coucher dans le lit de la mère, qui ajoute : "Ici, on ne sait plus dans le lit de qui on couche le soir, mais le lendemain matin on se retrouve toujours avec quelqu'un dans son lit".

Notre visite, ce jour-là, a surtout servi à écouter Françoise et sa mère, qui n'osaient parler de ces choses-là à personne d'autre que nous. Comme le dit Marc Thiberge, dans sa thèse, "chaque famille a son inceste ; chaque famille a sans doute aussi son secret de famille". Notre condition de médecins (nous aussi liés à un secret, le secret professionnel) nous permettait d'être là dans le secret de famille et celle-ci avait alors peut-être l'impression de sortir de l'inceste, trop culpabilisant pour elle.

C'est seulement un mois après que nous aurons à nouveau des nouvelles de Françoise. Elle nous téléphone un matin, nous demandant si nous nous rappelons d'elle. Elle nous annonce qu'elle va très bien, mais que tous les autres chez elle vont mal et que nous devrions nous occuper d'eux. Son père est revenu des Etats-Unis, loge à Paris, "laisse traîner des lettres de femmes". Françoise voudrait que l'on intervienne pour que sa mère demande le divorce ; la mère prend l'appareil, verse quelques larmes. Il semble que tout soit fini avec Francis. Les frères sont en vacances ; on vient de prévenir la famille qu'ils sont tous deux hospitalisés pour insolation. C'est Françoise qui tous les jours téléphone à l'hôpital où ils sont et prend de leurs nouvelles. Finalement, Françoise termine en disant qu'elle ne pourra rien décider à la place de ses parents et qu'elle a, elle aussi, sa vie à construire. Elle retéléphone le soir même pour nous demander ce qu'il fallait faire, ses parents se disputaient. Le père nous parle au téléphone, il veut emmener sa fille à la mer ..., mais elle refuse.

Cette demande de soins nous paraît un peu curieuse, mais Françoise rectifie toujours qu'elle ne peut rien faire à leur place. Il est toujours question de place. Françoise ne nous signifie-t-elle pas que nous faisions aussi parfois trop de choses à sa place...

Nous n'aurons plus de nouvelles directes de Françoise. Tout à fait par hasard, un membre de l'équipe médicale rencontrera, chez un psychologue, M., l'amie de Françoise, un an après. M. semble assez gênée, puis on parle ensemble de Françoise, qui va, nous dit-elle, beaucoup mieux, bien qu'elle ne la voie plus. M. a des nouvelles par la mère. Françoise refuse maintenant de revoir son ancienne amie. M. y va quand Françoise est absente. "Je me suis tout de même occupée du bébé plus d'un mois". Elle a abandonné ses études de médecine, garde les enfants et fait un peu de ménage. Elle fait une grande demande thérapeutique vis-à-vis de la psychologue qui l'emploie. Cette situation de soignant-employeur ne peut durer. M. ne travaillera plus dans la maison. Elle reprendra d'autres études : celles de sage-femme. Le problème de cette jeune fille n'avait certes pas été pris en charge par l'équipe. Cette lacune a été rattrapée plus tard.

Il semble en effet que l'amie M. faisait de sa profession l'éducation des enfants et que ces enfants étaient des objets fétiches, occasion pour elle de manifester ses conflits. Françoise s'était laissée voler son enfant ; elle ne pouvait assumer sa fonction de mère, culpabilisée d'avoir fait un enfant, "fait quelque chose de mal", lui disait sa mère. Elle cherchait à se faire pardonner en lui laissant l'enfant ; mais son amie M. avait d'autres problèmes à résoudre, sa liaison homosexuelle à Françoise n'était pas avouable. En s'occupant de l'enfant, comme si elle en était la mère, elle approchait de plus près Françoise. La liaison amoureuse avec le frère nous semble aussi entrer dans le cadre de cette relation homosexuelle inconsciente. Nous avons découvert, à cette occasion, que le problème personnel de cette jeune femme n'avait pas été abordé. Etudiante en médecine, il était difficile pour elle d'en faire la demande. Employée de maison chez une psychologue, cela lui a été plus facile.

Il y a maintenant deux ans que nous n'avons pas de nouvelles de Françoise.

REFLEXIONS SUR LES PSYCHOSES PUERPERALES

Notre cas clinique décrit un état confuso-délirant chez une jeune accouchée. L'histoire propre de la malade, l'abord de celle de la famille et de l'entourage nous ont aidée à comprendre comment la naissance était devenue un carrefour où s'affrontaient de nombreux conflits. La maternité, dit Hélène Deutsh, ne représente pas seulement un processus biologique, mais aussi une entité psychologique où se résument de nombreuses expériences individuelles, de souvenirs, de désirs et de craintes.

Qu'il s'agisse de psychoses gravidiques, de psychoses post-abortives, de psychoses du post-partum ou de psychoses différées, la liaison avec la grossesse ne signifie pas qu'il existait un rapport prévalent entre l'état puerpéral et les troubles mentaux. Cependant, nous avons essayé de montrer dans l'aspect historique, reprenant les thèses psychanalytiques, combien la grossesse est un moment important de la vie sexuelle de la femme, moment où réapparaissent tous ses fantasmes oedipiens et pré-oedipiens. Les troubles pathologiques qui en découlent semblent se situer dans la réalisation ou la compréhension de ces fantasmes.

Il a été important pour nous de percevoir combien la grossesse est pour la femme une période où devient plus présent pour elle le concept de féminité, donc de ses rapports inconscients à sa mère, première image pour elle de la féminité. La phase où la petite fille vit son attachement à la mère est primordiale, car à la naissance la fille devient elle-même une mère : il y a, à ce moment-là, des images de sa mère qu'elle voudra réparer, renouveler, contredire, perpétuer ou améliorer.

Karl Abraham affirme que les femmes dont les représentations et les sentiments sont régis par le complexe de castration transmettent ce complexe à leurs enfants. Ces femmes agissent sur le développement psycho-sexuel de leur fille, soit en dénigrant dès l'enfance la sexualité féminine, soit en faisant inconsciemment percevoir à leur fille leur refus

de l'homme. Il semble que ce fut bien le cas pour Madame M., la mère de Françoise. Nous n'oublierons pas ses paroles, à l'annonce du retard de règles de Françoise : "Si tu n'as rien fait d'anormal, tu n'as rien à craindre d'anormal". Nous nous souvenons aussi qu'elle interdisait à Françoise de sormir près de son fiancé après l'accouchement, craignant le pire..., et comment elle semblait gênée lorsqu'elle évoquait ses relations avec son mari.

Dans le chapitre historique, nous avons pu comprendre combien la grossesse est, pour la femme, une véritable crise d'identité. Elle acquiert un nouveau statut, surtout lorsqu'il s'agit de son premier enfant.

Notre cas clinique nous a fait percevoir de plus près comment notre malade n'avait pu résoudre cette crise d'identité facilement. Perdant son statut d'enfant, elle ne pouvait devenir une femme, ni une mère, trop perdue entre les conflits de sa famille et ses propres conflits. On peut penser que ses idées délirantes, où dominaient des idées de négation de son bébé, de sa famille, de sa belle-famille, étaient une tentative de trouver une place, pour une nouvelle identité. Sa culpabilité, qui la menait à parler de crainte de la mort du bébé, de la famille, pour ne pas parler de son désir de mort, aurait certainement augmenté si, dans la réalité, notre malade avait été éloignée de sa famille. Séparée d'eux, aucun dialogue n'aurait été possible avec elle, puisque la maladie dont elle souffrait trouvait son origine dans toute l'articulation familiale et son vécu.

Nous savons aussi que, fréquemment au cours de la grossesse, la femme "ressent" ou se représente le foetus comme une maladie, un corps étranger à expulser : un corps étranger venant de l'homme. La personnalité de cet homme, les sentiments que la femme éprouve envers lui, le passé familial sont importants dans le désir de la femme de garder l'enfant. Dans notre cas clinique, Françoise nous rappelle le moment de sa grossesse où, dans un malaise, elle a cru perdre son enfant ; c'était la période où toute la famille et la belle-famille lui parlaient d'avortement, pendant que le fiancé demeurait passif. Là, se révélait chez elle son désir inconscient d'avorter : expulser le mal qu'elle contenait en elle.

Pendant sa grossesse, la femme ressent aussi le désir contraire (désir de conserver le foetus) qui peut d'ailleurs coexister avec le premier. La psychanalyse montre qu'on peut en rendre compte selon l'équation suivante : contenu du corps = enfant = pénis. C'est le (bon) pénis que la femme peut alors acquérir sur le mode fantasmatique, puis symbolique lors de la naissance et qui comble le passif de la condition féminine femme = malade = être castré(+). La femme oscille souvent entre ces deux positions : expulser le mauvais objet ou garder le bon.

Dans les psychoses puerpérales (d'autres cas pratiques nous ont confirmé cette remarque), le désir d'enfant est très ambigu chez la mère. Il est souvent impossible de savoir si elle l'a désiré ou non. Bien souvent, à l'annonce de la grossesse, on ne parle plus que des problèmes qui jaillissent à ce moment, et l'existence de l'enfant à venir est déjà au second plan, sinon scotomisée.

L'accouchement est, lui, toujours comparé à une maladie : douleur, perte de sang, risque de mort, convalescence. La délivrance est vécue, elle aussi, douloureusement : c'est la rupture de l'unité que formaient la mère et l'enfant. La naissance est certes un traumatisme pour la mère et pour l'enfant. Mais Freud, critiquant les écrits d'Otto Rank sur le traumatisme de la naissance, écrivait qu'il ne fallait pas confondre traumatisme biologique et traumatisme psychologique. Certes, il existe une rupture physique entre la mère et l'enfant que l'on peut rendre moins douloureuse pour la mère et pour l'enfant. Les travaux du Docteur Leboyer, qui pratique la "naissance sans violence", nous le confirment. Cependant, la rupture concerne aussi le domaine fantasmatique.

Nous l'avons dit, il est souvent écrit que la grossesse est une maladie dont la femme ne sera délivrée qu'après l'accouchement. On s'interroge souvent sur l'existence d'un rapport constant entre sexualité féminine et maladie, et si ce rapport ne nous est pas indiqué par l'idée de castration, "La femme est une éternelle blessée", a écrit Michelet, cité par Marie Bonaparte, qui lie passivité, masochisme et féminité. Karl Abraham affirme aussi que l'idée de blessure chez la petite fille (ablation du pénis) est ravivée par l'impression due à la première menstruation et à sa répétition, puis une nouvelle fois par la défloration,

---

(+) Valabrega : Revue Les Temps modernes, Mars 1962, N° 190, p. 1332.

puis par l'accouchement. Il poursuit en écrivant que la femme cherchera toujours à consoler sa blessure, à recevoir un cadeau, c'est-à-dire un enfant. D'autre part, pour lui, de nombreux comportement de femmes qu'il suivait en thérapie étaient aussi une façon de réparer la blessure, celle de la castration.

Ces thèses nous paraissent être bien habillées du "voile androcentrique" dont parle Bettelheim, dans son livre "Les blessures symboliques". La bisexualité de chaque individu, dont parlait Freud, nous fait aussi penser que l'homme peut, comme la femme, désirer ce qu'il ne possède pas.

Nous avons pu rencontrer, dans notre pratique, de nombreux pères qui, au cours de la grossesse de leur femme, révélaient des troubles pathologiques, psychiques ou somatiques : Tel ce père qui souffrait de poussée d'ulcère gastrique au cours de chaque grossesse de sa femme, ou cet autre qui décompensa une structure psychotique au terme de la première grossesse de sa femme. Ainsi, nous pensons que l'homme peut, lui aussi, exprimer son regret de ne pouvoir procréer, de ne pouvoir porter l'enfant dans son ventre. Cette fascination de porter l'enfant par l'homme est assez vive pour susciter un rite comme celui de la couvade.

"La couvade est un rite encore très courant. Il existe, dans de nombreuses sociétés, en Occident comme en Orient. Il subsiste encore dans quelques régions de l'Europe. Cette dispersion géographique fait supposer que ce rite naquit dans les sociétés les plus diverses et éloignées, sans aucune relation entre elles ; on ne peut localiser l'origine du rite, ni retracer le réseau d'influences culturelles qui l'auraient répandu. Essentiellement, dans la couvade, le père se substitue à la mère : la femme se cache pendant qu'elle accouche seule ou presque. Pendant ce temps, son mari se met au lit, mime un accouchement, crie comme s'il avait des douleurs, reçoit les parents et les voisins qui viennent le réconforter et l'assister. Finalement, l'enfant est exibé, on félicite le père. La mère retourne à son travail, son mari reste au lit pendant quelques jours, pour se remettre de l'accouchement". Ce rite prouve que le père peut chercher à s'identifier à la mère qui met au monde et à s'insérer dans le lien corporel qui s'institue entre elle et son enfant. Bruno Bettelheim écrit à ce propos que l'homme

désire connaître le sentiment éprouvé lors de l'accouchement pour pouvoir se dire à lui-même qu'il est capable d'enfanter. Par la prétention qui est la sienne, il essaie d'amoindrir l'importance de la femme. Les femmes, affectivement satisfaites d'avoir enfanté, sont assurées de leur capacité de créer la vie et peuvent accepter la couvade ; les hommes, eux, en ont besoin pour remplir le vide affectif provoqué par leur incapacité d'accoucher un enfant. Nous ne situerons pas la couvade parmi les troubles pathologiques de l'homme, liés à la naissance de l'enfant puisqu'il est institué en rite. Cependant, nous sommes tentés de rapprocher et d'analyser les troubles somatiques, psychologiques de l'homme, troubles contemporains à la grossesse de leur femme, comme des troubles liés à la puerpéralité. Ces troubles n'étant pas l'exclusivité de la femme et pouvant atteindre l'homme.

L'importance de l'état dépressif dans les psychoses puerpérales nous suggère qu'il y a bien perte de quelque chose : ne s'agit-il pas de la perte des satisfactions réelles et imaginaires de la grossesse, ainsi que de la disparition de la relation fusionnelle avec l'enfant. Dans les psychoses puerpérales, la rupture entre la mère et l'enfant n'est plus supportée, car elle est souvent vécue comme un morcellement du corps de la femme, traduisant au grand jour les ruptures familiales passées et à venir. Pour notre malade, il s'agissait de la rupture des relations avec la belle-famille, de la fragilité de ses rapports avec son fiancé et son amie sur qui elle aurait dû compter. Il fallait qu'elle résolve ces problèmes pour pouvoir être près de son enfant.

D'autre part, on peut se demander si la femme n'a pas à faire, à l'accouchement, le choix entre garder pour elle cet endant, représentation du pénis qui est en fait celui du père, ou revenir près de son mari, celui qui lui a donné un pénis. C'est un moment difficile et important pour la femme : combien d'entre elles parlent de leur accouchement comme de leur plus grand plaisir sexuel ? Le conflit propre de Françoise M. a pu se situer dans la difficulté de ce choix : garder le pénis du père, ou celui du mari. Elle percevait peut-être, sans pouvoir l'exprimer, le piège de l'amour maternel : donner la première place à l'enfant et non au géniteur. Dans le début de sa maladie, très angoissée, elle exprimait par son indifférence son rejet de l'enfant, dans son délire, son désir de mort de l'enfant ; d'autre part, elle manifestait un attachement très

important à son fiancé. Elle craignait si fort qu'il ne l'abandonne que sa propre position vis-à-vis de cette séparation éventuelle n'était pas si claire. Les événements suivants nous l'ont prouvé. Par contre, son attitude envers son père, à qui elle ne voulait pas parler de sa maladie, ni l'exprimer dans ses lettres, nout parut importante à ce moment-là. On peut penser que son état confusionnel était aussi une façon d'échapper aux fantasmes destructeurs qui l'envahissaient. Son langage propre, la référence aux images, exprimant là son refus d'appeler les choses par leur nom, étaient une défense contre sa propre dissolution. Cet état pathologique est toujours un mode d'expression malheureuse pour se préserver, pour se garder comme sujet, pour persister. Il ne s'agissait pas de s'arrêter à cet état de constatation. Il fallait qu'elle puisse connaître la réalité de ses désirs, qu'elle avait totalement enfouis. Ainsi, lorsqu'elle put exprimer normalement son désir de garder l'enfant tout en éloignant le fiancé, à qui elle reprochait d'être encore un enfant trop attaché à ses parents, nous nous aperçûmes de l'amélioration de son angoisse. Ce choix avait été pour elle d'autant plus difficile à faire que les rapports entre sa famille et la belle-famille étaient très tendus et par là même cachaient les décisions essentielles que devaient prendre Françoise et son fiancé. Tout était tellement devenu une histoire de famille que les désirs individuels n'existaient pas.

Il est permis de s'interroger maintenant sur la réalité et la nature de ce qu'on appelle l'amour maternel. De ces femmes qui rejettent leurs enfants à la naissance, vont parfois jusqu'à les tuer, on évoque alors communément l'amour maternel inexistant.

Qu'en est-il actuellement de cet amour maternel ?

Nous ne renonçons pas à toute image de la mère et l'enfant selon laquelle l'amour d'une mère relève de la nature (le seul instinct humain, disait-on) et de la grâce. L'émancipation de la femme, le contrôle des naissances ont fait que nous ne voyons plus la maternité avec ces yeux-là. Chacun professe aujourd'hui que la maternité ne doit pas être vécue comme un destin, mais comme une responsabilité. Nous savons ce que l'amour maternel peut recouvrir de désirs agressifs, destructeurs, pathogènes.

La psychanalyse a joué un rôle, mais avant elle l'hygiène.

Il n'y a pas si longtempss, avec la généralisation des règles d'asepsie, on s'est mis à enseigner aux mères une notion, une science : combien de cliniques interdisent l'allaitement, le bercement.

C'est là accentuer la brutalité du sevrage du corps maternel et de ses rythmes propres. Pour l'allaitement, les horaires prennent souvent une valeur obsessionnelle. Il est important de faire comprendre à la femme la fonction de symptôme que peut avoir pour elle son enfant.

On a souvent écrit que la seule création que la femme puisse effectuer était celle des enfants. Elle pouvait même en faire un art : la callipédie, ou art de faire de beaux enfants.

Mais la fille peut réagir et vouloir faire plus que la mère. On a aussi écrit que les femmes créatrices (peintres, écrivains, scientifiques) étaient de celles qui voulaient, dans leur activité professionnelle, faire plus que la mère, et on a souvent qualifié de secondaires et de compensations ces créations autres que la maternité ; on les a jugées comme des substituts de la maternité, la seule création féminine reconnue. Il ne s'agit pas pour nous d'approuver ces idées qui semblent affirmer que la femme qui peut devenir mère ne doit être que mère et ne trouver le bonheur que dans la maternité. Cependant, ces femmes peuvent aussi refuser de faire comme la mère et laisser cela aux autres, surtout si ceux-ci manifestent le désir de participer et même de s'imposer dans ce rôle.

Dans notre cas clinique, Françoise avait de nombreuses raisons d'abandonner son enfant à ceux qui avaient toutes les raisons de le lui prendre. Laisser la place aux autres dans le domaine de la maternité, lorsque l'enfant naît, n'est pas toujours facile ; il ne put être fait sans culpabilité, sans difficultés pour notre malade et dans notre société actuelle.

Il serait intéressant de s'arrêter sur le lien qui existe entre la naissance et la mort. Il ne suffit pas d'affirmer le dicton populaire : Mettre un enfant au monde, c'est mettre un pied dans la tombe. Avant même de naître, l'enfant tue sa mère : "Il se nourrit de mon sang", dit-elle. Il y a quelque chose en elle qui meurt et, comme nous le voyons

dans des psychoses puerpérales, la femme peut en venir à désirer la mort du nouveau venu et parfois celle du mari ; mais c'est aussi parce qu'à l'accouchement elle perd ce quelque chose qui la complétait, faisait partie d'elle-même. De nombreuses femmes disent : "Si j'avais un enfant, je deviendrais femme ". Mme Gennie Lemoine écrit, nous semble-t-il justement, que son délire de toute puissance, de création s'effrite et que c'est un désir de meurtre qui parfois le remplace.

Plus tard, pour que l'enfant devienne un adulte, il aura aussi à tuer symboliquement ses parents.

REFLEXIONS SUR LES SOINS A DOMICILE DANS NOTRE CAS CLINIQUE ET EN GENERAL

Ce cas clinique a marqué le début de notre pratique de soins à domicile. Ce mode de soins, effectué par l'équipe d'infirmiers et les deux internes du pavillon, a été induit et stimulé par la présence et l'attitude du médecin-assistant du même pavillon. Ce médecin avait peu vu la malade, mais il savait qu'elle venait d'accoucher. Il nous a demandé de réunir vite la famille, afin d'envisager le plus tôt possible le rapprochement de la mère et de l'enfant. Nous (les deux internes) n'avions pas l'expérience de ce type de réunions mère-enfant dans les psychoses puerpérales et n'étions pas informés des raisons profondes de cette attitude. Nous les avons découvertes petit à petit au cours des jours, des visites. Notre désir d'en savoir plus et aussi celui de mieux comprendre et de soulager notre malade nous ont amenésà lire les travaux traitant de ce sujet et de réfléchir non seulement sur les psychoses puerpérales, mais aussi sur notre travail et notre présence à l'extérieur de l'hôpital.

L'état de cette malade, décrite dans notre cas clinique, a évolué favorablement.

L'admission dans notre service, deux ans plus tard, d'une nouvelle psychose puerpérale et la relative facilité de l'organisation des soins à domicile, pour ces deux cas, nous ont permis de penser que la situation d'être jeune mère était très stimulante pour uné équipe de soignants et surtout de soignantes : la présence de l'enfant,le caractère vraisemblablement aigu des troubles influent sur le dynamisme de l'équipe qui saisit vite combien la situation peut devenir psychotisante pour l'enfant sur qui le désir de mort pèse sans cesse : avortement proposé ou évoqué dès le début de la grossesse, négation de l'enfant par la famille et exprimé dans le délire de la mère. La fascination de la naissance et de tout ce qu'elle supporte comme fantasmes ne sont pas étrangers à l'enthousiasme d'une

équipe soignante devant la prise en charge de ce type de malades.

Nous nous sommes posé alors quelques questions, comme celle de l'indication des soins à domicile. Il s'agit en effet d'une pratique particulière, qui ne peut réussir que si certains facteurs sont rassemblés. Bien souvent, en effet, les soins à domicile sont proposés à la famille et au malade pour stopper une hospitalisation qui se révèlerait chronicisante. C'est dans cet esprit qu'il est essentiel de réunir la mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. Racamier écrit que les rechutes sont d'autant plus rares ou inexistantes que la réunion de la mère et de l'enfant est réalisée précocement. Il faut, en effet, bien savoir que si les soins à domicile n'existent pas, les soins dispensés à l'hôpital ne peuvent être qu'incomplets. Ils permettent de pouvoir répondre à la question et à l'inquiétude du malade et de sa famille sur la nécessité d'une hospitalisation, loin du cadre habituel.

Bien que la manifestation pathologique exprime souvent un désir de rupture ou une difficulté relationnelle avec une partie de ce milieu habituel constitué principalement par la famille, il ne faut pas en partir handicapé, victime ; il faut savoir faire avec et trouver l'aberration du système familial qui fait souvent la demande à la place du malade qui n'a plus la parole. Bonnafé l'écrit : "Le désaliéniste, pour travailler avec efficacité à donner au service de santé mentale un rôle réellement désaliénant, doit organiser son écoute à l'égard de toutes les expressions de la demande, à l'inverse de tous ses réflexes hérités.

Les soins à domicile nous permettent de pénétrer dans le réseau des relations où se trouve le malade, dans les difficultés qu'il éprouve avec son entourage et vice-versa.

Le travail s'accomplit là sur un champ plus étendu. C'est aussi, pour la famille, une possibilité d'offrir sa collaboration. Il s'agit là d'une thérapeutique qui devient vite familiale. Nous pouvons essayer là d'aider l'entourage à comprendre la maladie et à collaborer aux soins. Aider aussi la malade à comprendre la famille et les interférences avec sa propre maladie.

Les soins à domicile sont souvent, même si cela paraît ambigu au départ, une possibilité pour le malade de faire une démarche réelle, per-

sonnelle de soins. A l'hôpital, le malade a été amené souvent contraint par sa famille, par des voisins. Chez lui, le malade retrouve sa dignité et, même perturbé, il respecte et retrouve les règles élémentaires de la vie communautaire. On assiste souvent, au début, à la visite du logement, à la prise d'un café. Même si le malade essaie de scotoniser la relation thérapeutique, il en vient souvent à exprimer plus facilement son propre désir de soins.

Dans notre cas clinique, au début, les soins paraissaient peu fructueux, notre malade établissait difficilement des contacts avec nous. Mais elle put, nous semble-t-il, au cours des jours, grâce à la présence d'un tiers (l'équipe médicale), y voir plus clair dans la problématique familiale. Petit à petit, le contact et les échanges s'établissaient, et la dernière visite que nous avons effectuée fut à la demande de la malade, après un de ses appels téléphoniques.

Nous pensons aussi à cette malade qui refusait les soins à l'hôpital et vivait toujours de manière très persécutive ses hospitalisations. Chez elle, au début, elle nous recevait en minimisant ses troubles et nous quittait souvent en nous disant : "Vous pouvez toujours passer, faites comme vous voulez", mais ajoutait, se servant des termes de politesse : "J'aurai toujours plaisir à vous recevoir".

Cette femme, progressivement, a accepté nos visites, puis les attendait, préparant souvent les questions qu'elle se posait seule, toujours sur un mode persécutif. Cela lui évitait, disait-elle, de les garder et "qu'ensuite ça explose".

Nous pensons également à cette malade pour qui la prise en charge à domicile fut décidée avec elle et ses parents, lors d'une consultation au dispensaire. Il s'agissait d'une jeune fille de vingt ans qui avait fait trois tentatives graves de suicide et souffrait de troubles dissociatifs. Le milieu familial, parental plus exactement, était évidemment un lieu pathogène où elle ne pouvait s'exprimer et où elle restait inactive, apragmatique toute la journée. La position des parents était très ambivalente. D'un côté, ils la trouvaient si malade qu'ils lui refusaient toute autonomie : ils ne la laissaient jamais seule dans la maison ni dehors, de peur qu'elle tente de se suicider à nouveau. D'un autre côté,

ils ne la trouvaient pas assez malade pour participer aux soins qui lui étaient nécessaires. Notre malade, en demandant son hospitalisation, exprimait là sa souffrance devant sa maladie : "Il faut bien que je me soigne", disait-elle à sa mère, effrayée de voir sa fille à l'hôpital. Elle exprimait aussi une forme de rupture avec ce qu'elle avait vécu. Nous ne pouvions vivre l'hospitalisation succédant aux soins à domicile comme un échec, mais comme un moment où la malade formulait une véritable demande.

Les visites de dédramatisation sont, elles aussi, une possibilité des soins à domicile. Elles ne réalisent pas vraiment des soins continus, mais la continuité peut se retrouver dans la tentative constante de répondre d'une manière ou d'une autre à une demande : montrer que l'on est là, en répondant au téléphone ou en se déplaçant. Mais montrer que l'on est là ne signifie pas maintenir le malade en position de dépendance.

Dans les soins à domicile, les problèmes de l'institution resurgissent vite. Afin que le travail de soins à domicile se fasse de façon cohérente, la communication entre les membres de l'équipe soignante est indispensable. C'est pourquoi la présence du cahier de "rapports journaliers" et de celui des visites doit être connue de tous. Il ne s'agit pas de transmettre à tous le compte rendu précis de la visite effectuée, mais plutôt les éléments de l'analyse des relations qui se sont établies entre les soignants et les personnes visitées. Ce type de rapports n'est pas seulement utile pour savoir quoi répondre à une demande quelle qu'elle soit, il est indispensable pour mener à bien des soins à domicile.

Nous pensons que l'équipe soignante doit essayer de répondre à une équivalence numérique lorsqu'elle pénètre dans une famille. Ceci est nécessaire parce qu'un seul soignant est facilement dévoré ou annulé par une famille, surtout si celle-ci est psychogène. Il faut cependant, dans la mesure du possible, limiter la diversité des soignants, bien que le roulement des équipes ne le permette pas toujours. Un ou deux éléments stables nous paraissent nécessaires, afin que le malade puisse plus facilement se repérer.

D'autre part, il est important de savoir qu'en thérapie familiale, chacun possède une place symbolique. Chaque membre de l'équipe soignante

doit essayer de reconnaître cette place symbolique et d'en parler. Pour notre malade, pendant les quelques jours où elle fut hospitalisée, seules les femmes purent dialoguer avec elle. Une infirmière, elle-même enceinte à cette époque, gagnait toute sa confiance, et c'est la présence du couple de soignants qui lui a permis d'analyser ce qui se passait dans son propre couple. Chez elle, les femmes qui venaient en visite lui permettaient de s'identifier à des images féminines autres que celles qui l'entouraient dans sa maison et qui étaient à quelques endroits défaillantes.

Une analyse précise d'une telle prise en charge fait souvent comprendre au soignant que son ordre de formation et son ordre symbolique sont représentés par un seul personnage et qu'il est souvent difficile d'assumer les deux rôles à la fois : celui de fille et de médecin, par exemple. En parler, l'écrire permettent souvent d'y voir plus clair.

Il arrive que le rôle symbolique pris par un membre de l'équipe soignante ne soit pas sans problème et soit vécu comme une intrusion dans la famille.

Nous avons aussi senti comme le médecin est souvent vécu par l'équipe soignante comme fonction parentale de conseils, de guide de décision. Mais cela représente un danger ; nous l'avons perçu souvent, car les problèmes posés sont souvent ceux d'une équipe qui n'a pas l'habitude ou qui n'ose pas prendre ses responsabilités, alors qu'elle se trouve dans des situations où il faut agir vite, loin des murs de l'hôpital. Mal préparés ou isolés, certains membres de l'équipe peuvent prendre des responsabilités de façon anarchique. Il faut donc essayer d'aboutir à un type de relations entre soignants où l'avis de chacun a autant de poids et où l'ordre symbolique gagne sur l'ordre hiérarchique encore présent dans certains systèmes hospitalo-centristes.

Il est cependant difficile de tout dire et de tout écrire pour celui qui écoute les secrets et les confidences du malade. Ce dernier peut lui signifier qu'il ne désire pas les révéler à d'autres. Là, le secret médical, même entre soignants, est essentiel pour les relations futures de confiance avec le malade. Le terme d'équipe ne signifie pas que tout doit être partagé. Dans la mesure où garder un secret ne pose

pas de problèmes au soignant, qu'il pense pouvoir assumer ce rôle de confident, il doit, nous semble-t-il, le faire. De toute manière, il ne faut pas être dupe ; il y a toujours quelque chose de caché, rien n'est tout à fait dit et heureusement.

La visite à un malade hors de l'hôpital permet aussi de franchir les murs qui peuvent exister entre les différents membres de l'équipe soignante; dehors, sans murs, nous sommes tous un peu plus nus. Conduire une voiture, faire un déplacement ensemble permet de rompre quelques barrières. Nous sommes là amenés à parler entre nous de nos problèmes propres, beaucoup plus facilement qu'à l'intérieur de l'hôpital. Quant aux réunions de synthèse organisées de manière régulière, il est souvent apparu qu'à l'enthousiasme du début succédait souvent une désertion quasi totale. Dans notre pavillon, le bureau commun était le lieu où, à chaque moment de la journée, une réunion de synthèse sur une prise en charge extra-hospitalière est possible. Pour les cas importants, où le nombre de soignants est important, la réunion sera convoquée quelques jours à l'avance ; les conclusions prises en commun seront retranscrites sur le cahier de rapports journaliers.

Nous l'avons écrit précédemment, nous pensons que les soins à domicile peuvent éviter la chronicisation de la maladie mentale. Cependant, il faut savoir que la chronicisation hors des murs de l'hôpital est tout à fait possible. Il faut s'opposer à toute organisation qui trierait ses cas en rejetant les plus difficiles et résistants. Bien sûr, les soins à domicile s'effectuent dans le lieu habituel du malade où il peut facilement se retrouver ; mais l'essentiel, dans le travail de secteur, c'est l'ouverture vers l'extérieur et non pas vers un autre intérieur, c'est-à-dire la maison. Il ne faut pas perdre de vue que le malade doit pouvoir retrouver son autonomie et que nous visons sans cesse, dans notre travail, à ce qu'il n'ait plus besoin de nous. Accompagner le malade dans ses achats, ses promenades, ses loisirs ne signifie pas tout faire à sa place : c'est important d'aller avec lui à l'extérieur, dans la rue. Mais, pour l'équipe soignante, cette confrontation avec l'extérieur entraîne parfois des résistances ; c'est une nouvelle mise à nu, une nouvelle remise en cause de chacun.

La gravité de certains cas rend les soins à domicile lourds de

risques, non pas à long terme, puisqu'ils tentent d'éviter la chronicité, mais à court terme. Il faut avoir toujours présents à l'esprit ces différents risques pour essayer de mieux les assumer, mais surtout pour les prévenir. Ainsi, dans les psychoses puerpérales, il n'est pas rare de voir le délire de négation de l'enfant entraîner l'abandon ou le meurtre de l'enfant par la mère. Les autres risques à court terme sont principalement : le suicide et les actes délictuels. Il ne faut pas oublier que les soins à domicile sont vécus de manière plus angoissante que ceux pratiqués à l'hôpital ; c'est peut-être parce qu'ils permettent la compréhension et l'éclosion de la folie ; connaître et parler avec les parents de psychotiques est à rapprocher de la démarche qui consiste à connaître son milieu d'habitation ; c'est celle du psychiatre travaillant dans le secteur lorsqu'il ne se situe pas dans une position purement analytique.

Nous sommes assez opposée à l'organisation qui séparerait les infirmiers travaillant à l'extérieur des infirmiers travaillant à l'intérieur. De même qu'il a été important pour le médecin désaliéniste de sortir des murs avec son malade, il reste important qu'il vive ce qui se passe à l'intérieur de l'hôpital. On pense, bien sûr, à l'image presque parfaite du médecin généraliste recevant dans son cabinet, visitant les familles et participant régulièrement aux travaux de l'hôpital.

Il existe maintenant, dans notre service, un infirmier surveillant s'occupant uniquement des soins à domicile, mais sa présence nécessaire au pavillon près des malades hospitalisés et celle du matin dans le bureau médical commun ont confirmé que la séparation entre soins à domicile et soins hospitaliers ne pouvait être qu'une mesure administrative dénuée de réalité. La seule séparation possible semble celle faite sur le plan géographique, c'est-à-dire la répartition en sous-secteurs. Cela commence à se réaliser dans notre service avec la création des dispensaires appelés "antennes"; chaque antenne se compose petit à petit d'une équipe propre comprenant assistantes sociales, internes, infirmiers, secrétaires. Les difficultés pratiques rencontrées ne sont pas inexistantes : roulement des équipes d'infirmiers, manque de personnel surtout dans l'équipe de travailleurs sociaux. Reprenant l'expression de L. Bonnafé : "Faire un secteur à taille humaine", il est impensable que de nombreux kilomètres séparent les différents centres de soins d'un même secteur.

Nous avons essayé, dans notre travail, de supprimer les expressions "hospitalisation à domicile" et "prise en charge". L'hospitalisation à domicile est chargée de l'hospitalo-centrisme encore trop aliénant. Quant à l'expression "prise en charge", elle semble considérer le malade comme un fardeau passif pour lequel on se "charge" de tout. Son autonomie, vers laquelle on tend en débutant les soins, est là déjà bien compromise.

Nous terminerons ce chapitre en constatant que les soins à domicile ne réussissent que dans des contextes particuliers que nous appellerons critères de réussite :

- la demande effective du malade, de sa famille et de l'entourage, avec leur participation aux soins ;
- la cohésion des communications entre soignants et entre soignants et soignés ;
- éviter les interventions trop fréquentes et la surprotection du malade, perpétuant la position de dépendance dans laquelle il se trouve ;
- l'expression libre des sentiments de chaque soignant devant une situation.

Il vaut mieux attendre que ces conditions soient le plus possible remplies avant d'entreprendre des soins à domicile.

C O N C L U S I O N

A partir d'un cas clinique décrivant l'apparition d'un état confuso-onirique chez une jeune accouchée, la réunion de la mère et de son enfant dans les troubles psychiques liés à la puerpéralité nous paraît primordiale et réaliser les conditions préalables à un traitement satisfaisant.

Priver la mère de sa relation à l'enfant dès la naissance, nous semble préjudiciable, non seulement pour elle, mais aussi pour l'enfant.

Le plus souvent, les psychoses puerpérales se manifestent par un accès aigu chez une femme n'ayant présenté aucun trouble psychiatrique. C'est là que l'aide intensive que l'on peut apporter à la malade et à son entourage prend un intérêt particulier, car il s'agit d'une première prise de contact avec le traitement psychiatrique. Elles peuvent aussi se manifester par une aggravation d'un état mental antérieur, ayant nécessité des soins ou ayant entraîné des troubles importants. L'entrée au monde d'un nouveau membre de la famille peut permettre de préciser certaines relations qui avaient été difficilement exprimées ou mises à jour.

Dans les psychoses puerpérales, où s'affrontent sans cesse le monde des fantasmes et celui de la réalité et où la négation de l'enfant et celle de la famille sont sans cesse exprimées par la mère, enlever l'enfantnà la mère peut signifier ou confirmer pour elle qu'il ne lui appartient pas. Cette attitude ne ferait que prolonger son état confusionnel ou le porter à récidiver.

D'autre part, la mère, éloignée de son enfant, vivra ce moment difficile avec une plus forte culpabilité, ce qui ne sera pas sans effet pour elle et son enfant dans leurs relations futures.

Le rapprochement de la mère et de l'enfant ne suffit pas lui-même à résoudre tous les troubles, si profonde est l'angoisse qu'il éveille. Les rapports de la mère avec son mari, avec sa propre famille et sa belle-famille sont aussi source de conflits pour elle. La psychose puerpérale en est souvent un symptôme. C'est pourquoi il est préférable de réunir la mère et l'enfant dans leur milieu habituel : le lieu d'habitation de la mère ; car c'est toujours du mari ou de la famille dont il est question dans le discours des femmes souffrant de psychoses puerpérales. Etre loin de cette réalité-là, c'est aggraver les difficultés relationnelles et l'état confusionnel de la mère. Si le rapprochement est impossible à réaliser à la maison, il faut créer les conditions pour le réaliser à l'hôpital :

- chambres isolées, calmes ;
- formation des équipes soignantes, avec initiation à la puériculture.

Cependant, il faudra tout tenter, en particulier en développant le travail extra-hospitalier, ses conditions matérielles, la formation de l'équipe soignante, le soutien et l'information de la famille, pour que la jeune accouchée se retrouve chez elle le plus vite possible. Elle sera alors en contact avec des éléments familiers : logement, meubles, objets, voisins, famille, et pourra plus facilement trouver sa place de mère, de femme.

En effet, le travail près de notre malade a consisté à la valoriser dans ses capacités et ses réalisations, non seulement maternelles, mais aussi féminines. La grossesse étant, nous semble-t-il, une étape importante de la vie sexuelle de la femme et de la féminité, les psychoses puerpérales pouvant être considérées comme un avatar de la grossesse, mais aussi de la féminité.

Nous n'avons cependant jamais essayé de faire les choses à la place de notre malade, mais voulions seulement l'aider à trouver son propre désir.

Nous ne nous situerons pas au coeur des débats féministes actuels sur une définition de la sexualité. Nous avons tenu à rappeler les grands écrits sur la sexualité féminine, car ceux-ci ont, nous semble-t-il, une forte influence sur la vie de la femme dans notre société

actuelle. Cependant, il reste à savoir quels déterminants politiques ont modelé telle ou telle époque et quel sens fut chaque fois donné à la différence biologique de l'homme et de la femme. Par exemple, que le rapport entre les hommes et les femmes soit modifié au moment où la majorité des femmes meurent en couches est, nous semble-t-il, un fait incontestable.

Une autre question s'est posée à nous. Dans les méthodes modernes d'accouchement sans douleur, le but est de réduire l'élément maladie de la grossesse, c'est-à-dire la douleur. Les méthodes d'accouchement sans douleur ne parviennent à leur but et encore ne l'atteignent pas toujours, que par l'installation d'une relation psychothérapique prolongée où l'accoucheur prend la place du bon parent (père ou mère ou mari) ; l'importance de la relation de la femme avec son accoucheur est dorénavant réduite par la présence, lors de l'accouchement, du mari et même des enfants.

Cependant, cette relation psychothérapique prolongée, où la femme peut exprimer lors de la grossesse ses angoisses, ses conflits à son accoucheur, joue-t-elle un rôle important dans la prévention des psychoses puerpérales ? Une recherche dans ce sens serait intéressante.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

R. MALLET

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Paris-Sud,

Professeur J.-P. ETIENNE

Le Président de la thèse,

Professeur BOURGUIGNON

B I B L I O G R A P H I E

1 - ABRAHAM K.- Oeuvres complètes, Tome II, Payot, 1973, p. 101 à 126.

2 - AULAGNIER P.- Remarques sur la sexualité féminine et ses avatars. In Le désir et la perversion. Seuil, 1967.
- Séminaire inédit, 1972-1973.

3 - BETTELHEIM B.- Les blessures symboliques.- NRF, 1971, p. 66 et suivantes, p. 133 et suivantes.

4 - BONAPARTE M.- Passivité, masochisme et féminité.- Psychanalyse et Biologie - P.U.F., 1952.

5 - BONAPARTE M.- De la sexualité de la femme.- P.U.F., 1951.

6 - BONNAFE L.- De la doctrine post-esquirolienne.- Revue d'Evolution psychiatrique, Avril-Mai 1960.

7 - BONNAFE L.- Dossier Corbeil : "Un pas vers une psychiatrie différente". Inf. Psy., Avril 1973.

8 - CELINE L.F.- "Semmelweis 1818-1865". NRF, 1952.

9 - CHASSEGUET-SMIRGEL J.- "Recherches psychanalytiques nouvelles sur la sexualité féminine". Payot, 1964.

10 - DEUTSH H.- "La psychologie des femmes" (1945)- Trad. franç., 1949. P.U.F., 1949.

11 - DIATKINE G.- L'urgence dans le 13ème.- Information psychiatrique, vol. 48, Oct. 1972, p. 777 à 822.

12 - FERENCZI S.- "Thalassa. Psychanalyse des origines de la vie sexuelle". 1924, Payot, 1966 (Trad. franç.).

13 - FREUD S.- Trois essais sur la théorie de la sexualité. 1905. Trad. franç. - Gallimard, Paris, 1932.

14 - FREUD S.- Nouvelles conférences sur la psychanalyse. 1933. Gallimard.

15 - FREUD S.- La vie sexuelle.- P.U.F., 1969.

16 - GRODDECK G.- "Au fond de l'homme cela". N.R.F., 1963. (Trad. franç.).

17 - KLEIN M.- "La psychanalyse des enfants". 1932. Trad. franç.- 1959, P.U.F.-

18 - LEMOINE G.- Grossesse et féminité.- Congrès de l'Ecole freudienne. Montpellier, Novembre 1973.

19 - MAGNAN - "De la folie puerpérale".- Gazette médicale de France, 17 Mars 1877.

20 - MARCE - Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices, et considérations médico-légales se rattachant à ce sujet.- Baillière et fils, édit., 1858.

21 - PAUMELLE P. et collaborateurs - Rapport du Centre de Santé mentale du 13ème arrondissement de Paris.- Evol. Psych., Décembre 1973, vol. 49, p. 921 à 946.

22 - RACAMIER, SENS, CARRETIER, SENS - La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum.- Evol. psych., Oct.-Déc. 1961, p. 525-570.

23 - RACAMIER - Mythologie de la grossesse et de la menstruation.- Evol. psych., 1955, N° 2.

24 - RANK O.- Le traumatisme de la naissance. Payot, 1928.

25 - RANCUREL, MARMIE, KOUPERNIK - Les psychoses puerpérales.- Encyclopédie médico-chirurgicale.

26 - LES TEMPS MODERNES - "Les femmes s'entêtent". Juin 1974.

27 - THIBERGE M.- Influence de l'échange sur la structure familiale à

propos de la psychothérapie familiale.- Thèse Créteil, 1971.

28 - THIS N.- "Naître". Aubier, Montaigne, 1972.

29 - VALABREGA J.P.- "Un médecin n'est pas un homme". Revue Les Temps modernes, Mars 1962, pages 1315 à 1334.

30 - VILLECHENOUX S.- A propos desppsychoses puerpérales. Etude de 70 séjours à l'hôpital psychiatrique, liés à la puerpéralité". Thèse Paris, 1961.

31 - WINNICOT - The theory of the parent - infant relationship.- Int. J. Psycho-anal. 1961, 41.

32 - ZILBOORG - Depressive reactions related to parenthood.- Amer. J. Psychiatr. 1911, 10, 927.